BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 51.12.91.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. CH. MONOD
Secrétaire général,

ET

MM. L.-G. RICHELOT ET BOUILLY
Secrétaires annuels.

TOME XVII. — 1891.

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1891



PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1891

Président	MM. Terrier.
Vice-Président	Chauvel.
Secrétaire général	Ch. Monod.
Secrétaires annuels	Richelot et Bouilly.
Trésorier	Schwartz.
Archiviste	Reclus.

MEMBRES HONORAIRES

MM.

19 octobre 1887... — Cruveilhier, titulaire de 1868
23 janvier 1861... — Deguise, titulaire de 1844
20 novembre 1889. — Després, titulaire de.................. 1855
29 mars 1882..... — Dubreuil, titulaire de.... 1872
5 mai 1886...... — Duplay, titulaire de.................... 1850
28 mars 1886..... — Guéniot, titulaire de.................. 1868
15 mars 1876..... — Guérin (Alphonse), titulaire de........ . 1853
22 novembre 1882. — Guyon (Félix), titulaire de... 1863
3 mars 1886..... — L. Labbé, titulaire de................. 1865
23 janvier 1889... — Lannelongue, titulaire de.............. 1872
20 décembre 1867. — Larrey (baron), titulaire de........... 1849
9 mai 1877....... — Le Fort (Léon), titulaire de.... 1865
31 octobre 1888... — Magitot, titulaire de 1872
28 mars 1860..... — Maisonneuve. — M. fondateur 1843
9 mars 1881..... — Marjolin. — M. fondateur 1843
11 mai 1887...... — Ollier, de Lyon.
26 mai 1880...... — Panas, titulaire de........ 1865
9 juillet 1879.... — Paulet, titulaire de................... 1868
23 février 1887... — Poncet, de Cluny.
4 décembre 1867. — Richet, titulaire de......... 1852
27 octobre 1886... — Marc Sée, titulaire de 1868
21 mars 1888..... — De Saint-Germain, titulaire de 1867
19 décembre 1883. — Tarnier, titulaire de.................. 1865
12 novembre 1890. — Tillaux, titulaire de 1866
15 juillet 1885.... — Verneuil, titulaire de................. 1852

MEMBRES TITULAIRES

MM.

16 février 1876.. . — ANGER (Théophile).
12 juin 1890...... — BAZY.
12 juin 1878...... — BERGER.
12 mars 1884 ..... — BOUILLY.
29 mai 1889....... — BRUN.
4 janvier 1882... — CHAUVEL.
3 janvier 1877... — DELENS.
19 janvier 1853... — DESORMEAUX.
8 juin 1870...... — HORTELOUP.
13 mai 1885...... — HUMBERT.
12 décembre 1888. — JALAGUIER.
30 décembre 1885. — KIRMISSON.
9 juillet 1873.... — LE DENTU.
30 juin 1875... .. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.
3 mai 1882....... — MARCHAND.
4 décembre 1889. — MARCHANT (Gérard).
7 juillet 1880.... — MONOD (Ch.).
29 juillet 1887.... — NÉLATON.
1 avril 1874..... — NICAISE.
14 avril 1875..... — PERIER.
9 juin 1886...... — PEYROT.
2 avril 1873..... — POLAILLON.
27 avril 1881..... — POZZI.
25 avril 1888..... — PRENGRUEBER.
10 mai 1887...... — QUÉNU.
18 avril 1883.. ... — RECLUS.
4 janvier 1888... — REYNIER (P.).
6 décembre 1882. — RICHELOT.
11 juillet 1888.... — ROUTIER.
1er décembre 1886. — SCHWARTZ.
9 février 1887.... — SEGOND.
15 juillet 1874.... — TERRIER.
22 octobre 1879... — TERRILLON.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Aubrée, professeur à l'École de Rennes.
Auffret, médecin en chef de la marine.
Azam, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, à Nice.
Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.
Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Bœckel (Eugène), à Strasbourg.
Bois, chirurgien de l'hôpital à Aurillac.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à la Faculté de Lyon.
Bourgeois, à Etampes (Seine-et-Oise).
Bousquet, professeur à l'École de Clermont.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Chalot, professeur à la Faculté de Montpellier.
Cauchois, à Rouen.
Cazin, à Boulogne.
Chapplain, professeur à l'École de Marseille.
Charvot, medecin-major de l'armée.
Chavasse, médecin-major de l'armée.
Chedevergne, professeur à l'École de Poitiers.
Chipault, à Orléans.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.

MM. Combalat, professeur à l'École de Marseille.
Dauvé, médecin inspecteur de l'armée.
Davat, à Aix-les-Bains.
Defontaine, au Creusot.
Delacour, directeur de l'École de Rennes.
Delore, professeur à la Faculté de Lyon.
Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Desgranges, professeur à la Faculté de Lyon.
Devalz, à Bordeaux.
Dezanneau, professeur à l'École d'Angers.
Diday, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
Dieu, médecin principal de l'armée.
Dubar, professeur à la Faculté de Lille.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Duret, professeur à la Faculté libre de Lille.
Ehrmann, à Mulhouse.
Fleury, professeur à l'École de Clermont.
Folet, professeur à la Faculté de Lille.
Gaujot, médecin-inspecteur de l'armée.
Gayet, professeur à la Faculté de Lyon.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Guermonprez, à Lille.
Hache, professeur à Beyrouth.
Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de Nantes.
Heydenreich, professeur à la Faculté de Nancy.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (Judes), à Rouen.
Jouon, professeur à l'École de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Lanelongue, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Larger, à Maisons-Laffitte.
Ledru, professeur à l'École de Clermont.
Le Prévost, au Havre.
Malherbes fils, professeur à l'École de Nantes.
Martel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo.
Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, au Mans.
Mouchet, à Sens.
Mourlon, médecin principal de l'armée.

MM. Nepveu, professeur à l'École de Marseille.
Nimier, médecin-major de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ovion, à Boulogne-sur-Mer.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Patry, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
Piéchaud, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Pilate, chirurgien de l'hôpital d'Orléans.
Poncet (A.), professeur à Lyon.
Pravaz, à Lyon.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Robert, médecin principal de l'armée.
Rochard, médecin inspecteur général de la marine à Paris.
Rohmer, professeur à la Faculté de Nancy.
Roux, professeur à l'École de Marseille.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Silbert, à Aix.
Surmay, à Ham.
Tachard, médecin principal de l'armée.
Tholozan, médecin principal de l'armée.
Thomas (Louis), à Tours.
Tripier (Léon), professeur à la Faculté de Lyon.
Turgis, à Falaise.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Védrènes, médecin-inspecteur de l'armée.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux à Marseille.
Weiss, professeur à la Faculté de Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM.

12 janvier 1887..... — ALBERT, Vienne.
11 août 1875....... — BOWMANN, Londres.
4 janvier 1888 .... — BRYANT, Londres.
16 janvier 1884 .... — CORRADI, Milan.
7 janvier 1880 .... — DEROUBAIX, Liège.
4 janvier 1888 . ... — HOLMES (Th.), Londres.
7 janvier 1880 .... — LISTER, Londres.
10 janvier 1877..... — LONGMORE, Netley-Southampton.
6 janvier 1864..... — PAGET (James), Londres.
21 janvier 1885..... — PELLIZARRI, Florence.
20 janvier 1886 .... — REVERDIN (J.), Genève.
16 janvier 1884..... — SOUPART, Gand.
6 juillet 1859 ..... — SCANZONI, Wurzbourg.
21 janvier 1885..... — SKLIFOSSOWSKY, Moscou.
12 janvier 1887..... — THOMPSON, Londres.
11 janvier 1882..... — WELLS (SPENCER), Londres.
20 janvier 1886 .... — TILANUS, Amsterdam.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM.

10 janvier 1877..... — Amabile, Naples.
11 janvier 1882..... — Annandale, Édimbourg.
2 janvier 1889..... — Assaky, Bucharest.
8 janvier 1868..... — Barbosa, Lisbonne.
13 janvier 1869..... — Bardeleben, Berlin.
31 décembre 1862.. — Back, Fribourg-en-Brisgau.
8 janvier 1879..... — Bigelow, Boston.
31 octobre 1851..... — Birkett, Londres.
3 janvier 1865..... — Billroth (Th.), Vienne.
17 septembre 1851. — Borelli, Turin.
3 janvier 1865..... — Brown-Sequard.
13 janvier 1869.... — Broodhurst, Londres.
22 décembre 1852.. — Burggrave, Gand.
4 janvier 1888..... — Ceccherelli, Parme.
4 janvier 1889..... — Chiene, Édimbourg.
31 décembre 1862.. — Cornaz, Neufchâtel.
6 juillet 1859..... — Crede, Leipzig.
3 juin 1857....... — Crocq, Bruxelles.
3 janvier 1865.... — Emmert (F.-G.), Berne.
8 janvier 1862..... — Esmarch, Kiel.
6 juillet 1859..... — Fabri, Ravenne.
6 juillet 1859..... — Friedberg (H.), Berlin.
9 janvier 1879..... — Galli, Lucques.
13 janvier 1869.... — Gautier, Genève.
13 janvier 1864.... — Gherini, Milan.
4 janvier 1888..... — Gori, Amsterdam.
9 janvier 1879.... — Gritti, Milan.
29 août 1855....... — Hammer, Saint-Louis (Missouri).
15 septembre 1852. — Hewett (Prescott), Londres.
2 janvier 1865.... — Humphry (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862.. — Hutchinson (J.), Londres.
21 janvier 1891..... — Jamieson (Alex.), Shanghaï.
16 janvier 1884..... — Julliard, Genève.

MM.

13 janvier 1869.... — Krassowski, Saint-Pétersbourg.
21 janvier 1891..... — Kummer, à Genève.
21 janvier 1885.... — Lewis A. Stimson, New-York.
6 juillet 1859...... — Larghi, Bologne.
16 janvier 1884..... — Lucas (Clément), Londres.
6 juillet 1859...... — Mac-Leod, Glascow.
12 janvier 1887.... — Maydl, Vienne.
22 octobre 1856.... — Mayor, Genève.
21 janvier 1891..... — Mac-Ewen (Williem), Glasgow.
13 janvier 1864.... — Melchiori (Giovanni), Milan.
21 janvier 1891..... — De Mooy, Amsterdam.
3 janvier 1883... . — Mosetig-Moorhof, Vienne.
8 janvier 1868.... — Pemberton, Birmingham.
15 janvier 1890.. . — Pereira-Guimaraès, Rio-Janeiro.
8 janvier 1862.. . — Piachaud, Genève.
21 janvier 1885.... — Plum, Copenhague.
12 janvier 1887.... — Reverdin (A.), Genève.
6 juillet 1859...... — Ried, Iéna.
21 janvier 1891..... — Romniceanu, Bucarest.
7 janvier 1880.... — Rose, Zurich.
11 août 1875....... — Rouge, Lausanne.
25 janvier 1890.... — Roux, Lausanne.
7 janvier 1880.... — Saboia, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862.. — Sangalli, Pavie.
21 janvier 1885.... — Saltzmann, Helsingfors.
10 janvier 1877..... — Saxtorph, Copenhague.
20 mars 1867....... — Simon (John), Londres.
20 janvier 1886.... — Socin, Bâle.
21 janvier 1885.... — Studsgart, Copenhague.
31 décembre 1862.. — Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.. — Testa, Naples.
20 janvier 1886.... — Thiriar, Bruxelles.
15 janvier 1890.... — Wölfler, Gratz.
11 janvier 1882..... — Zancarol, Alexandrie (Égypte).

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod père.
1847. — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.
1864. — Richet.
1865. — Broca.
1866. — Giraldès.
1867. — Follin.

MM.

1868. — Legouest.
1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.
1879. — S. Tarnier.
1880. — Tillaux.
1881. — de Saint-Germain.
1882. — Léon Labbé.
1883. — Guéniot.
1884. — Marc Sée.
1885. — S. Duplay.
1886. — Horteloup.
1887. — Lannelongue.
1888. — Polaillon.
1889. — Le Dentu.
1890. — Nicaise.
1891. — Terrier.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René Duval, fondateur d'un prix annuel de 300 francs.

Édouard Laborie, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc Gerdy, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles Huguier, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme Huguier, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

Demarquay, fondateur d'un prix biennal.

Ricord, fondateur d'un prix biennal.

Paul Guersant, — Lenoir, — Payen, — Velpeau, — Gerdy, — baron Larrey, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Annales d'orthopédie. — Annales de thérapeutique médico-chirurgicales. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Archives de médecine militaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin médical. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Comptes rendus de la Société de biologie. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Picardie. — Gazette médicale de Nantes. — Gazette médicale de Paris. — Gazette obstétricale. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Moniteur thérapeutique. — Le Praticien. — Progrès médical. — Recueil d'ophthalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue médicale. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue d'orthopédie. — Revue illustrée de polytechnique médicale. — Revue des sciences médicales. — Thérapeutique contemporaine. — Tribune médicale. — Union médicale.

Alger médical. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin médical des Vosges. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse. — Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Strasbourg. — Gazette médico-chirurgicale de Toulouse, — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Montpellier médical. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Revue médicale de l'Est. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Annals of Surgery (Brooklyn). — Archiv für klinische Chirurgie. — Boletins da Sociedade de medicina de Rio de Janeiro. — British medical Journal (Londres). — Bulletin de la Société des médecins et des naturalistes de Jassy. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Cronica medico-quirurgica de la Habana. — Encyclopedia medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela de medicina (Mexico). — Gazetta medica italiana lombardia (Milan). — Giornale internazionale delle scienze mediche (Naples). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — The Practitioner (Londres). — Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Revista internationale de Medicina e Chirurgia. — Revue médicale de la Suisse romande. — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de quatre prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay; *les deux premiers sont annuels, les deux derniers sont biennaux.*

Le prix Duval a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1890 jusqu'au 1er novembre de l'année 1891 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1891. Par la bienveillance de M. le Dr Marjolin, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard Laborie a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris, en 1868, les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la

séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Aux termes du testament, la Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents.

La Société a décidé, dans sa séance du 16 décembre 1874, que la question serait toujours donnée deux années à l'avance, et que les compétiteurs devraient se soumettre aux règles adoptées pour le prix Laborie, règles énoncées plus haut.

Le prix Demarquay a été fondé par Jean-Nicolas Demarquay, qui a légué à la Société de chirurgie une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal. Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, le 16 décembre 1874, la Société a également décidé que les *membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

NOUVELLE SÉRIE

SÉANCE ANNUELLE

(28 janvier 1891.)

DISCOURS DE M. NICAISE, président sortant.

Messieurs et chers Collègues,

Vous m'avez fait l'honneur de me confier la présidence de notre Société pour l'année 1890, je vous en exprime toute ma reconnaissance.

C'est un honneur souhaité, d'autant plus que la Société de chirurgie, par sa composition, par ses membres titulaires, par ses membres correspondants nationaux, représente l'ensemble des chirurgiens français. Les travaux qui lui sont communiqués, les discussions qui ont lieu dans son sein, font connaître le caractère de la chirurgie française et les phases de son évolution. Nos *Bulletins* montrent que l'on travaille beaucoup dans notre Société, et le rapport que va vous lire M. le Secrétaire annuel fera voir que l'année 1890 n'a été, en rien, inférieure aux années précédentes.

Par vos travaux, par vos opérations, vous montrez constamment que vous avez à cœur le progrès de la science, en même temps que le soulagement des malades. En maintes circonstances, vous avez pris l'initiative de modifications heureuses apportées aux opérations, de procédés nouveaux, de questions qui sont nées dans notre Société, pour de là se répandre dans la presse médicale et dans d'autres sociétés savantes.

Vous représentez la chirurgie française, et vous voulez qu'elle ait sa place au premier rang dans le concours des chirurgiens des

divers pays. Ces concurrences pacifiques ont leur grand côté et contribuent, pour leur part, à la réputation et à l'influence de la patrie. Les plus prépondérantes parmi les nations sont celles qui sont les plus instruites, qui travaillent et concourent le plus au progrès.

Quand on dit que la science n'a pas de patrie, il faut s'entendre ; ce principe généreux n'est vrai que pour les vérités démontrées, les découvertes scientifiques. Il est admis qu'elles appartiennent à tous et qu'elles deviennent le patrimoine de l'humanité, qu'il s'agit, en définitive, de soulager. C'est rabaisser sa situation d'homme de science que vouloir agir autrement, c'est manquer de générosité et de confraternité.

Mais si l'on doit admettre, dans ces conditions, que la science n'a pas de patrie, cela ne veut pas dire que chaque science n'ait pas un caractère particulier dans chaque pays. Il y a une science nationale, faite de l'ensemble des idées, des travaux, des découvertes de tous ceux qui s'occupent du même sujet et qui apportent leur contingent à l'œuvre commune. C'est dans cette préparation aux découvertes, au progrès, que le génie de chaque nation se montre ; ceux qui ont le plus produit recueillent le plus d'honneur et d'influence ; il y a donc une chirurgie française, dont presque tous les représentants font partie de notre Société, et qui, par son activité et ses travaux, peut soutenir la comparaison avec d'autres. Mais l'idéal n'est jamais réalisé ; il faut, comme vous le pratiquez, toujours travailler et chercher ; si l'on s'arrête, les autres avancent.

Je ne passerai pas en revue les questions que vous avez traitées dans le courant de cette année, M. le Secrétaire va vous les rappeler. Je me bornerai à quelques remarques générales. La grande majorité des communications porte sur la thérapeutique chirurgicale ; la nosologie et le diagnostic différentiel viennent après, mais bénéficient des hardiesses de la première. C'est la conséquence forcée de l'évolution que subit la chirurgie depuis l'introduction de la méthode antiseptique. Les opérations sont devenues bénignes, leur nombre s'est augmenté ; la chirurgie attaque successivement tous les organes ; après les organes génitaux de la femme, c'est l'intestin, le foie, le cerveau, etc. ; à l'inverse de ce qui existait avant l'ère antiseptique, la chirurgie des organes l'emporte sur celle des membres. Les opérations nouvelles ont conduit à de nouvelles notions d'anatomie pathologique, à une étude nouvelle des symptômes ; la pathologie a donc bénéficié des progrès de la thérapeutique chirurgicale. Les données nouvelles ainsi obtenues sont encore incomplètes ; leur nombre s'accroît de jour en jour, et il est peu de vos discussions qui ne renferment, sur ce point spécial, des aperçus intéressants.

La chirurgie est en ce moment en voie de transformation rapide ; nous sommes à une période d'analyse, nous accumulons des matériaux qui permettront plus tard de donner une description plus véridique des maladies. Mais déjà la transformation est extraordinaire ; comparez, par exemple, la description des plaies des articulations, telle qu'elle est aujourd'hui dans les récents traités, avec ce qu'elle était il y a quinze et vingt ans ; c'est à croire qu'un siècle sépare ces deux descriptions.

Nous avons eu la douleur de perdre deux collègues qui ont tenu dans notre Société une place considérable. La mort de M. le professeur Trélat a été, pour le corps chirurgical français, une grande perte, et nous regrettons particulièrement son absence. Au moment où la méthode antiseptique était encore contestée, il s'y était rallié franchement, et il joignait l'autorité de sa parole à celle de chirurgiens plus jeunes pour la soutenir. Il prenait part à toutes nos discussions ; il y apportait les grandes qualités de son esprit, son éloquence, sa clarté, donnant de l'évidence à ce qui paraissait confus.

Tout récemment nous avons perdu notre vénéré doyen, l'un des fondateurs de notre Société, M. le Dr Gustave Monod, le père de notre sympathique et dévoué secrétaire général. Il est mort chargé d'années, ayant rempli dignement une longue vie de chirurgien, dévoué à ses malades et au progrès scientifique.

Parmi les membres associés et correspondants étrangers, nous avons à regretter la mort de M. Heyfelder fils (de Saint-Pétersbourg), qui appartenait à la Société de chirurgie depuis 1854, et du baron Michaux (de Louvain), associé étranger depuis 1877. Nous avons aussi été éprouvés en perdant, parmi nos correspondants nationaux, M. le Dr Duménil, professeur de clinique chirurgicale ot directeur de l'École de médecine de Rouen ; M. Ancelet (de Vailly-sur-Aisne) et M. Champenois.

Sur sa demande, M. Tillaux a été nommé membre honoraire.

Des élections nouvelles sont venues remplir les vides faits parmi nous : M. Bazy a été nommé membre titulaire ; MM. Mac Ewen, Jamieson, de Moöy, Romniceanu, Kümmer, ont été nommés membres associés ou correspondants étrangers ; MM. Claudot, Moty, Fontan, Chénieux, Pousson et Poisson, membres correspondants nationaux. En votre nom et au mien, je souhaite la bienvenue à tous nos nouveaux collègues.

Nos finances sont toujours dans un état prospère, grâce au dévouement de notre trésorier, M. Schwartz ; je souhaite que nos revenus augmentent, de façon à nous permettre d'avoir une installation plus convenable, où nous puissions recevoir le public qui nous fait l'honneur de suivre nos séances, et donner une place à

notre bibliothèque, etc. Si la chirurgie a fait des progrès, il n'en est pas de même de l'installation de la Société des chirurgiens : au siècle dernier, ils occupaient la Faculté de médecine actuelle, qui avait été construite pour eux, tandis qu'aujourd'hui ils sont logés comme on l'était, il y a cent ans, rue de la Bûcherie.

En terminant, je tiens à vous remercier de la bienveillance et de la sympathie que vous m'avez toujours témoignées, ce qui a augmenté mon regret de n'avoir pu présider toutes nos séances ; ceci m'amène à adresser tous mes remerciements au président de demain, à mon excellent collègue et ami M. Terrier, qui a eu à me remplacer dans mes absences forcées.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTE

PENDANT L'ANNÉE 1890

Par M. A.-H. MARCHAND, secrétaire annuel.

MESSIEURS,

Au moment de résigner les fonctions dont vous avez bien voulu m'honorer et conformément aux traditions de notre Société, je viens vous rendre compte des travaux que vous avez accomplis, pendant l'année qui vient de finir.

Il est presque impossible de résumer en quelques pages les nombreux rapports et mémoires qui remplissent vos bulletins, ainsi que les discussions auxquelles certains donnent lieu, et sans avoir la prétention de réussir où tant d'autres craignent d'avoir échoué, je vais obéir de mon mieux aux prescriptions du règlement.

Permettez-moi, Messieurs, avant d'entrer dans le cœur même de mon sujet, de réclamer de vous quelques minutes encore de cette courtoise bienveillance dont vous savez reconnaître les quelques ennuis qui incombent à vos secrétaires.

Vous n'accordez point, et cela est justice, une attention égale à tout ce qui vous est soumis. Quelques présentations, seulement, deviennent le point de départ de ces discussions approfondies, qui éclairent momentanément quelque point litigieux de notre art. Mais si ces discussions ont une réelle importance par le nombre des orateurs qui y prennent part, la qualité et la quantité de matériaux sur lesquels s'appuie leur argumentation, il serait difficile pour moi, fastidieux pour vous de les reprendre par le menu. Vous

me pardonnerez donc si vous constatez quelques lacunes ou quelques omissions dans ce travail, nécessairement écourté, et qui, malgré mon grand désir, doit rester quelque peu incomplet.

L'application des règles de l'asepsie et de l'antisepsie s'est imposée depuis longtemps à l'unanimité des chirurgiens : tous proclament les bienfaits de ces méthodes et jugent avec raison que la médecine opératoire actuelle ne saurait se passer de leur concours. Aussi les présentations sur ce sujet n'ont-elles d'autre ambition, maintenant que l'ère des luttes est close, que de varier les procédés, en leur donnant plus de sécurité, ou en les simplifiant.

M. Quenu vous a montré une étuve à stériliser le linge et les pansements, imaginée par M. Sorel, dont le principe repose sur la faculté que possède la vapeur d'eau sous pression, à 110 ou 115°, d'après M. Strauss, de détruire tout ce qui a vie, si son action est prolongée pendant quinze à vingt minutes.

M. Kirmisson vous a fait connaître la proposition de M. Chibret (de Clermond-Ferrand) de substituer aux solutions de bichlorure hydrargyrique, très toxiques et très irritantes, celles de l'oxycyanure du même métal, dont les propriétés stérilisantes sont les mêmes à doses moindres, sont mieux supportées par les tissus les plus délicats, et ne sont point décomposées par les corps métalliques qu'on y plonge.

M. Reynier a signalé les dangers que peut faire courir l'atropomorphinisation précédant l'emploi du chloroforme, suivant la méthode de M. Dastre, lors même que les doses des deux alcaloïdes sont abaissées dans des limites où elles peuvent être supportées par les individus de l'espèce humaine.

M. Terrier ne reconnaît ni grands avantages, ni grands inconvénients à la méthode nouvelle; tandis que M. Brun s'en déclare partisan convaincu.

Le tétanos reconnaît-il une véritable cause infectieuse, de nature microbienne? De nombreuses expériences, venues en grande partie de l'étranger, semblent bien démontrer la puissance pathogène spécifique du bacille de Nicolaïer.

M. Reynier vous a donné les résultats d'une série d'expérimentations entreprises avec le concours de M. Sanchez Toledo, qui semblent mettre le fait hors de doute. Des cultures à l'état de pureté, de ce micro-organisme provenant de pus recueilli sur une malade morte de tétanos, inoculées à des cobayes, ont donné des résultats constamment positifs.

M. Tachard a rappelé que des expérimentateurs militaires, MM. Maljean et Peugniez, n'avaient réussi à transmettre le tétanos que par l'insertion sous la peau des animaux en expérience, de corps étrangers souillés du pus provenant de tétaniques.

MM. Le Dentu, Terrier, Pozzi vous ont fourni la statistique des opérations pratiquées dans leurs services, pendant des périodes déterminées. Les insuccès, dus à des accidents septiques accusés par nos collègues, sont très peu nombreux. Il n'en est aucun qu'on puisse attribuer à l'infection purulente, qui décidément n'existe plus qu'à l'état de souvenir.

M. Berger a pratiqué une amputation atypique de l'avant-pied chez une petite fille atteinte de mégalopodie.

M. Guéniot a présenté un nouveau-né porteur d'un embryon inclus, faisant issue au travers de l'orifice buccal. M. Routier a réparé, avec le plus grand succès, un bec-de-lièvre compliqué de division partielle de la voûte palatine.

La chirurgie anaplastique a été pour M. Berger l'occasion d'un travail sur le traitement des cicatrices vicieuses du cou, par son procédé d'autoplastie en cravate. A l'occasion de la présentation d'un malade qu'il avait guéri d'une ulcération rebelle, siégeant sur un moignon conique d'amputation de la jambe, au moyen d'une autoplastie par la méthode italienne, MM. Terrier, Reclus, Quénu ont affirmé la préférence qu'ils accordent à cette méthode, remise en honneur par notre collègue, sur la greffe dermo-épidermique de Thiersch.

M. Schwartz a, lui aussi, obtenu la réparation d'une vaste plaie du front produite par l'extirpation d'un lupus rebelle, au moyen de la méthode italienne.

Je ne puis abandonner le chapitre de la chirurgie réparatrice sans vous rappeler le beau succès qu'obtint M. Le Dentu dans la cure d'une énorme éventration, survenue chez une jeune femme à la suite de deux accouchements. Il extirpa la totalité de la paroi amincie et referma l'abdomen au moyen d'une suture qui accolait les bords des muscles droits dont une partie avait été ré-équée.

Peu de travaux à l'actif du système musculaire : M. Chauvel a rapporté un mémoire de M. Schmitt, relatif à cette variété singulière d'ostéomes, qui se développent dans les muscles adducteurs des jeunes cavaliers.

M. Kirmisson, sur une observation de section à ciel ouvert du sterno-mastoïdien pour torticolis musculaire, due à M. Phocas (de Lille), se montre très partisan de cette methode recommandée par Volkmann.

Le voisinage des gros vaisseaux de la base du cou, qui ont été parfois blessés dans l'opération sous-cutanée, la difficulté d'obtenir une division complète du chef claviculaire du muscle, doivent-ils balancer les inconvénients d'une cicatrice disgracieuse?

MM. Berger, Tillaux, Jalaguier ne sont point de cet avis ; tandis que MM. Championnière et Quénu (ce dernier s'appuyant sur un

accident de blessure vasculaire) préfèrent le retour à l'ancienne manière de procéder.

M. Routier a guéri une pseudarthrose du péroné par l'enchevillement, au moyen d'un os de veau fraîchement tué.

M. Monod vous a présenté un kyste du maxillaire inférieur rempli de pus et contenant une canine de seconde dentition.

M. Chauvel a appelé votre attention sur une ablation de la moitié gauche de la symphyse pubienne, affectée d'ostéite tuberculeuse.

M. Routier a dû amputer au tiers supérieur do la cuisse un malade portant une tumeur à myéloplaxes du fémur ; tandis que M. Berger vous signalait l'excellence, au point de vue plastique, d'une résection du maxillaire supérieur, pratiquée pour un ostéosarcome, dans laquelle il avait pu ménager le plancher de l'orbite.

M. Chauvel vous a fait un rapport plein de justesse, à propos d'une observation de M. Chaput, sur l'amputation ostéo-plastique du pied par la méthode de Mikulicz.

M. Berger vient de reprendre la même question, à la suite d'observations de M. Michaud.

M. Hache (de Beyrouth) a dû, chez un diabétique à 48 grammes par litre, réséquer les quatre derniers métatarsiens, pour un traumatisme grave de l'avant-pied. Son malade guérit.

La pratique des résections tarsiennes dans le traitement des pieds bots invétérés, a conquis en France depuis quelques années déjà, la place qu'elle méritait si bien. Elle ne trouve aujourd'hui aucun opposant ; tous sont d'accord au point de vue de leur bénignité, ainsi que de leur valeur thérapeutique.

Les avis ne diffèrent guère que sur les préférences qu'il convient d'accorder aux méthodes qui se disputent le choix des praticiens.

Quelques-uns conseillent une parcimonie bien louable dans l'espèce, et ne consentent à sacrifier que l'indispensable, pour obtenir la correction cherchée. D'autres sont partisans des sacrifices étendus et, s'appuyant sur des faits heureux, rassurent les irrésolus sur les conséquences des pertes de substance, parfois considérables, qu'il infligent au tarse.

M. Championnière, dans un rapport sur doux travaux, l'un dû à M. Romiceanu (de Bucharest), l'autre à M. Piéchaud (de Bordeaux), donne les résultats de son expérience personnelle. Il se déclare partisan des larges sacrifices du squelette tarsien, dont, suivant l'expression de notre collègue, « il reste toujours assez ». Une fois il extirpa en même temps que l'astragale, le cuboïde, le scaphoïde, les cunéiformes, et malgré cette brèche considérable la marche fut excellente.

Avec M. Berger, qui à l'extirpation de l'astragale joint une résection plus ou moins étendue de la grande apophyse du calcanéum, MM. Terrillon, Humbert, Jalaguier, se déclarent très satisfaits de la tarsectomie postérieure.

M. Charles Nélaton, plus économe du squelette du pied, a jugé, non sans raison, qu'il serait moins empirique de s'attaquer exclusivement aux causes qui s'opposent à la réduction. Les études auxquelles il a de nouveau soumis la question lui ont permis d'obtenir, dans deux cas de varus équin, un succès voisin de la perfection. Il ne détruisit que très partiellement l'astragale, dont la croissance régulière ne fut pas même troublée de ce fait; de plus une légère portion de la grande apophyse du calcanéum, pour combattre l'enroulement du pied sur son bord interne. Cette heureuse innovation obtint l'assentiment complet de MM. Le Fort et Trélat.

M. Kirmisson vous a rappelé que la méthode de Phelps peut être appelée à rendre des services dans certains cas intermédiaires où, les sections tendineuses restant à peu près impuissantes, les résections osseuses ne sont point encore indiquées.

Trois observations de résections orthopédiques de la hanche vous ont été communiquées.

L'une, due à M. Lagrange (de Bordeaux), a trait à une résection pour luxation pathologique.

La deuxième a été pratiquée par M. Ricard pour une luxation traumatique invétérée. Le rapporteur, M. Ch. Nélaton, loua beaucoup l'auteur d'avoir inséré le col fémoral qu'il avait pu conserver, dans une nouvelle cavité cotyloïde, gougée dans l'os iliaque, au voisinage de l'ancienne qui était déformée, presque comblée; et d'avoir ainsi cherché à s'opposer à l'ascension consécutive du fémur, fréquente à la suite de la résection simple, et que M. Quénu a observée chez un de ses opérés.

M. Routier a dû faire une double résection coxo-fémorale pour ankylose double, compliquée d'une synostose complète de la région lombaire de la colonne vertébrale.

A mentionner la guérison d'une hydarthrose rebelle, par M. Terrillon, au moyen d'une injection intra-articulaire antiseptique : une ostéotomie double pour *genu valgum*, par M. Reynier: une résection du coude, par M. Kirmisson, pour une ankylose rectiligne de cette jointure.

Le traitement opératoire des arthropathies fongo-tuberculeuses du genou ont largement bénéficié des hardiesses qu'autorise la chirurgie antiseptique.

La résection du genou, qu'on redoutait autrefois à l'égal de l'amputation de la cuisse, s'est vulgarisée chez nous, ainsi qu'en

témoigne le nombre de ces opérations pratiquées par les chirurgiens français.

M. Championnière, qui à l'heure actuelle a pratiqué quarante-six fois la résection pour des tumeurs blanches du genou, et cela avec un succès absolu presque constant, a résumé devant vous les règles opératoires dont la scrupuleuse observance lui a valu un si grand nombre de guérisons.

Plusieurs de nos collègues ont obtenu des résultats aussi encourageants. M. Berger annonce 25 résections du genou, M. Routier, 18; M. Schwartz, 16; M. Quénu, 11. Tous s'accordent sur ces deux points, que la mortalité a été nulle, et que très exceptionnellement, la guérison ne survenant pas, on a dû recourir ulterieurement à l'amputation de la cuisse.

M. Richelot, tout en reconnaissant les mérites de la résection, trouve l'opération proposée par Volkmann, l'arthrectomie, dont il a modifié la technique opératoire, plus économique dans ses procédés, d'un traitement consécutif moins long et moins compliqué. Dans un travail tout récent, il a publié six observations favorables à la méthode, et a présenté une malade qui, à la suite d'une arthrectomie, a conservé un membre qui fonctionne parfaitement.

MM. Verneuil, Schwartz, Championnière, Le Dentu, tout en reconnaissant les modifications heureuses que M. Richelot a fait subir à l'opération primitive, ont soulevé contre l'arthrectomie des objections dont l'avenir et une expérimentation plus large auront peut-être raison un jour.

A part M. Verneuil, tous les orateurs qui ont pris la parole sur cet important sujet ont affirmé la constance des lésions tuberculeuses en foyer, dans les extrémités épiphysaires ; lésions contre lesquelles l'arthrectomie doit rester forcément impuissante.

M. Tillaux vous a soumis le cas d'un malade qui, à la suite d'un coup de revolver, présentait les symptômes d'une phlébartérie des vaisseaux de la région supérieure du cou.

MM. Le Fort, Trélat, Després, Quénu conseillèrent la temporisation, en insistant sur l'efficacité de la ligature à distance : la ligature des quatre vaisseaux divisés devant constituer pour M. Trélat la seule intervention efficace.

M. Berger vous a fait un rapport sur un anévrysme de la cubitale, guéri par M. Lecerf au moyen de la ligature des deux bouts de l'artère et de la suppuration du sac.

M. Trélat affirma à ce propos toutes ses préférences pour la réunion immédiate, après extirpation du sac, ou cruentation de l'espace qui le représente.

M. Bazy vous a lu tout récemment l'émouvant récit de l'extirpa-

tion d'un anévrysme inguinal enflammé, menée à bien, nonobstant de graves difficultés.

A ce propos, M. Berger exprime les regrets que lui cause l'abandon de la méthode d'Anel ou de Hunter, bien moins sévères, sous maints rapports, que l'extirpation du sac.

Les observations de trépanation du crâne se sont multipliées, depuis que l'on ne redoute plus autant que jadis les incertitudes diagnostiques ; ou mieux, que ces incertitudes elles-mêmes n'en semblent plus une contre-indication formelle.

M. Terrillon a largement trépané un malade qui éprouvait de violentes douleurs à la suite d'une contusion du crâne. Il trouva des parois osseuses manifestement augmentées d'épaisseur.

MM. Championnière et Routier ont tenu semblable conduite vis-à-vis des mêmes accidents, et n'ont eu qu'à s'en féliciter. MM. Tillaux et Peyrot rendirent responsables des symptômes observés, une ostéite chronique hyperplastique de la voûte crânienne.

M. Chauvel a rapporté une observation de M. Moty qui dut trépaner le crâne pour atteindre un foyer d'ostéite suppurative, consécutive à un coup de feu.

M. Hache (de Beyrouth) a obtenu un succès de la trépanation, dans une fracture du crâne avec enfoncement.

M. Chauvel a également résumé devant vous une observation de M. Chénieux qui vit un malade succomber à des accidents épileptiformes, à la suite d'une grave blessure du cerveau, avec présence dans son tissu pendant un mois et demi d'un volumineux corps étranger. La plaie était complètement guérie à l'époque de la mort du malade.

M. Gérard-Marchant a rétabli le fonctionnement du nerf crural en le libérant d'une masse cicatricielle où ce dernier était englobé.

Deux rapports seulement à vous signaler sur la chirurgie oculaire, qui délaisse de plus en plus notre société. l'un de M. Chauvel sur une observation de gliome de la rétine par M. Lagrange (de Bordeaux); le second de M. Delens sur un cas d'hémorrhagie du corps vitré guéri par l'ophtalmotomie antérieure.

L'extirpation totale du larynx, pour le cancer de cet organe, n'est que rarement entreprise chez nous, ainsi qu'en témoigne le nombre restreint des observations. M. Périer vous en a fait connaître un cas qui, malgré une technique opératoire parfaite, fut suivie à courte échéance d'un dénoûment fatal.

MM. Terrier et Le Dentu ont pratiqué chacun une fois l'ablation du larynx. Le malade de M. Terrier succomba quatre mois après l'opération avec des ganglions cervicaux secondaires; la récidive eut lieu sur place chez celui de M. Le Dentu avant la réparation complète de la plaie.

M. Kirmisson a analysé une observation de M. Gellé (de Provins), relative à une ouverture large du thorax avec résection de la sixième et de la septième côte, dans un cas d'empyème traité depuis un an déjà, par l'incision simple.

M. Schwartz a dû pratiquer la pleurotomie pour retirer de la plèvre un drain qui y séjournait depuis près d'une année, et avait déterminé une vomique purulente.

Un travail de M. Larabrie a servi de prétexte à un savant rapport de M. Monod sur la structure des tumeurs procédant des glandes buccales et palatines. M. Verneuil fit observer que, cliniquement, ces tumeurs sont toujours bénignes, et que leurs récidives seules revêtent parfois la malignité du sarcome.

M. Schwartz a rendu compte d'une observation de M. Moure (de Bordeaux) sur une triple hémorrhagie secondaire chez un enfant de 7 ans, consécutive à une amygdalotomie.

M. Quénu vous a exposé les règles suivant lesquelles il applique la galvano-puncture au traitement de l'hypertrophie amygdalienne. MM. Chauvel et Marc Sée n'ont jamais vu d'hémorrhagies sérieuses à la suite de l'extirpation sanglante des amygdales; tandis que MM. Verneuil et Championnière en admettent la possibilité chez l'adulte et pensent que c'est chez ces derniers que la méthode de M. Quénu trouverait surtout son indication.

M. Roux (de Brignolles) tils a vu succomber à des phénomènes de congestion pulmonaire un malade auquel il avait pratiqué la gastrostomie pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. A ce sujet MM. Terrier, Berger, Routier, Terrillon ont fait connaître les procédés opératoires dont ils se sont servis et auxquels ils attribuent les succès que leur a fournis la gastrostomie.

M. Chauvel vous a rendu compte d'une laparotomie pratiquée avec succès par M. Moty dans une rupture traumatique de l'intestin.

M. Reclus reprenant ce sujet qui lui est familier, à propos d'une observation de M. Lagrange (de Bordeaux), affirma à nouveau qu'il n'est point un adversaire systématique de la laparotomie, mais qu'il veut que cette intervention s'appuie sur un diagnostic aussi précis que possible.

M. J. Bœckel a pratiqué heureusement, chez une femme de 78 ans, une entérorrhaphie pour amener l'oblitération d'un anus contre nature qu'il avait dû créer, à l'occasion d'une hernie crurale gangrenée.

M. Routier a repris laquestion de l'occlusion intestinale, et dans un judicieux mémoire, basé sur cinq observations, il relève les difficultés du diagnostic, dont la précision est pourtant si désirable dans l'espèce.

Dans la discussion qui suivit, MM. Terrillon et Terrier avancèrent que la zone de submatité vers la région inférieure de l'abdomen, signalée par M. Duplay, permet de distinguer la péritonite suppurée de l'obstruction intestinale; tandis que MM. Quénu et Jalagnier n'attachent qu'une importance très accessoire à ce signe.

La colotomie inguinale, comme opération palliative, s'est définitivement substituée à la colotomie lombaire. Aussi les efforts tendent-ils aujourd'hui à perfectionner sa technique, à la simplifier, tout en améliorant ses résultats.

M. Reclus, dans un rapport sur un travail de M. Jeannel (de Toulouse), à propos de la colotomie en deux temps, se fait le défenseur du procédé de Maydl, dans les obstructions chroniques, où l'on peut différer l'ouverture de l'intestin.

M. Verneuil vous a entretenu des difficultés que rencontre le bon fonctionnement de l'anus artificiel. Les matières doivent rencontrer un obstacle qui les dirige vers l'ouverture opératoire; autrement elle s'engagent dans le bout inférieur de l'intestin. Cet obstacle, M. Verneuil l'obtient en confectionnant un éperon analogue à celui de l'anus herniaire.

A la suite d'un rapport de M. Routier sur une observation de M. Poisson (de Nantes), la Société a engagé un long débat sur la valeur du procédé de Kraske, dans l'extirpation des cancers du rectum haut situés; sur ses indications et ses conséquences possibles. La plupart des orateurs qui ont participé à cette discussion y ont apporté le tribut de leur expérience personnelle.

MM. Terrier, Gérard-Marchant, Richelot, ont pu exécuter l'opération typique; résection sacrée, incision, suture entéro-sphinctérienne, et cela avec succès.

Dans d'autres cas, l'opération ne put être terminée qu'en entamant profondément la région des sphincters.

Il semble que la méthode en question doive être réservée aux cancers annulaires, élevés et bien limités. En agissant avec plus de hardiesse, on s'expose à d'assez fâcheux mécomptes; ou tout au moins est-on obligé de modifier la méthode dans des proportions qui lui enlèvent une grande partie de son originalité.

M. Verneuil vous a mis à même de constater directement les brillants résultats de l'opération si ingénieuse qu'il a créée, la rectopexie. A l'une de nos dernières séances, M. Gérard-Marchant vous en a communiqué un nouveau cas, suivi également d'une pleine guérison.

La pathogénie et le traitement des affections inflammatoires, parfois si graves, qui se développent dans la région cæcale, ont été étudiées par MM. Reclus, Berger, Schwartz, Richelot, Routier.

MM. Reclus et Schwartz ont eu en vue les cas graves, à marche

rapide, qui réclament très vite une intervention énergique, dont M. Reclus a très bien établi les règles : comme cause de ces accidents, presque toujours une perforation de l'appendice iléo-cæcal.

M. Berger a envisagé les diverses modalités des inflammations pérityphliques. Il tient grand compte de ces accidents légers, bien plus du ressort de la médecine que de la chirurgie, lesquelles guérissent sans aucune intervention opératoire. Il se déclare l'adversaire résolu des chirurgiens partisans d'une opération quand même.

M. Richelot, puis M. Terrier vous ont montré que, chez les femmes, il est possible de confondre les appendiculites avec quelques affections des annexes utérines.

La chirurgie du foie vous a valu un rapport de M. Chauvel sur l'ouverture des abcès de cet organe par la méthode de Stromeyer-Little; une observation de cholécystentérostomie par M. Tillaux; une seconde de M. Terrier sur le même sujet.

M. Le Dentu vous a présenté un calcul hépatique, extrait avec succès par la cholécystotomie. M. Terrillon vous a lu un rapport sur un cas à peu près identique de M. Chaput.

Je ne signale que pour mémoire la discussion toute récente, soulevée par une observation de M. Peyrot, relative à l'ouverture d'un volumineux abcès du foie, dans le pus duquel on ne rencontra aucun des microbes de la suppuration. Ce dernier fait expliquerait en partie, l'absence de l'infection péritonéale à la suite de la méthode de Little, lorsqu'il n'existe, ce qui est presque constant, aucunes adhérences pariéto-viscérales.

M. Terrillon vient de vous lire un travail étendu, où il résume sa pratique tout entière sur la chirurgie hépatique.

L'extirpation du rein, naguère encore accueillie avec une assez froide réserve, n'a point tardé par le seul mérite des services rendus, et d'une bénignité relative dont on ne la soupçonnait guère, à s'imposer à tous. Les observations de cette grave opération ne sont plus isolées et vous avez pu, cette année, entendre le récit de neuf guérisons obtenues pour des cas divers.

MM. Terrillon, Quénu, Monod, Villeneuve (de Marseille) ont pratiqué avec succès la néphrectomie totale pour des affections néoplasiques du rein (épithélioma, cancer kystique, maladie kystique). L'hésitation pour M. Championnière n'est plus permise dans ces cas; il suffit de reconnaître vite l'affection pour la traiter avec la même décision que comporte l'intervention contre les tumeurs malignes accessibles en général.

MM. Brun, Monod, Reclus, Villeneuve, ont extirpé avec succès des pyélonéphrites primitives ou secondaires, avec ce que la sup-

puration avait laissé de tissu rénal intact : en tout neuf néphrectomies, neuf guérisons.

M. Brun vous a rendu compte d'une observation de M. Tuffier, concernant la guérison au moyen de la suture appliquée directement sur l'organe isolé, d'une fistule du rein, consécutive à une néphrectomie.

M. Segond vous a présenté un jeune malade opéré par lui d'une exstrophie de la vessie, au moyen d'une méthode qui lui est propre.

Malgré quelques cas heureux obtenus notamment par M. Schwartz et M. Jalaguier, la fixation au fond des bourses du testicule ectopié, au moyen de la simple suture, n'a point donné satisfaction à tous ceux qui l'ont essayée. Aussi M. Richelot a-t-il pris le parti de ne mettre l'organe en place qu'après avoir détruit le canal vagino-péritonéal qui persiste souvent dans ces cas. Il amène ainsi la guérison de la hernie concomitante, ou l'empêche de se produire, en détruisant les dispositions organiques qui la rendent possible.

MM. Championnière et Monod sont partisans de cette manière de procéder, qui n'a chance de réussir que si l'on détruit les obstacles situés dans le cordon, et qui s'opposent à la descente de la glande séminale. MM. Gérard-Marchant et Reclus ont constaté parfois l'inutilité de ces tentatives ; MM. Després, Le Dentu, Tillaux, n'admettent pas que la hernie se produise fatalement.

M. Terrier vous a rendu compte des tentatives de MM. Tuffier et Dumoret. Ces chirurgiens ont eu l'idée de fixer la vessie à la paroi abdominale, pour obtenir la guérison de la cystocèle vaginale, après l'avoir relevée.

MM. Verneuil, Bouilly, Pozzi firent observer que les anaplasties vagino-périnéales, bien moins sérieuses dans leurs conséquences immédiates, répondaient mieux aux indications dérivant des conditions pathogéniques de cette affection.

M. Dubreuil (de Montpellier) vous a envoyé l'observation d'un kyste hydatique de la mamelle.

M. Verneuil vous a rappelé tout le bénéfice que peut retirer la thérapeutique de quelques affections de cette glande, de l'emploi du spray phéniqué. Par ce moyen, il put combattre les graves complications inflammatoires que présentait un sarcome ulcéré du sein chez une diabétique ; il provoqua dans un second cas le recul des accidents dus à une forme spéciale de mammite subaiguë congestive, qui tout d'abord avait fait penser à un sarcome.

Les travaux des années précédentes semblent avoir momentanément presque tari la source des communications ayant trait aux affections de l'ovaire et de la trompe.

M. Terrillon vous a entretenu d'une nouvelle série de trente-cinq

ovariotomies; il a de plus résumé ses communications antérieures portant sur 200 cas. Quelques présentations isolées de pyo-salpinx et d'hémato-salpinx, par MM. Routier et Reynier.

Les suppurations pelviennes, d'origine salpingo-ovarienne, sont-elles toutes et exclusivement justiciables de la laparotomie?

Tel n'est point l'avis de M. Bouilly qui, dans six cas rapportés par lui, a cru devoir recourir à l'incision vaginale conseillée par M. Laroyenne (de Lyon). Notre collègue réserve cette méthode aux cas où l'on peut constater l'existence d'une poche nettement fluctuante, unilatérale, facilement appréciable au moyen de la palpitation bimanuelle, provoquant des accidents de septicémie fébrile.

MM. Desprès, Polaillon, Routier, Reclus, Monod ont eu des guérisons par l'incision vaginale; M. Reclus dut pourtant recourir ultérieurement à une laparotomie qui se termina défavorablement.

MM. Terrillon, Terrier, Pozzi préfèrent la laparotomie pour tous les cas, lors même qu'on n'a point la certitude de pouvoir compléter l'intervention par l'extirpation du kyste purulent.

MM. Routier et Terrillon vous ont entretenus de malades qui avaient été très améliorées, sinon guéries, à la suite de laparotomies pour des péritonites tuberculeuses. M. Polaillon a guéri par l'ablation une salpingo-ovarite bacillaire. MM. Terrier, Schwartz et Quénu font quelques réserves sur ce sujet. M. Schwartz vient de constater la reproduction de l'ascite chez une malade opérée par lui il y a près d'une année. M. Terrier ne veut admettre, comme de nature tuberculeuse bien démontrée, que les cas où l'examen microbiologique permet de constater l'existence du bacille spécifique.

Une opération d'origine bien française, le curettage utérin, délaissée pendant fort longtemps, a fait depuis plusieurs années déjà, à l'étranger et chez nous, une réapparition brillante, grâce aux procédés de l'antisepsie qui lui ont enlevé ce qu'elle présentait de dangereux.

Un mémoire de M. Bouilly sur sa technique, sa valeur thérapeutique dans le traitement de l'endométrite, est devenu le point de départ d'une discussion pleine de faits et d'aperçus nouveaux.

Presque tous, après application sévère des règles de l'antisepsie gynécologique, dilatent plus ou moins longuement les orifices utérins, ainsi que le corps lui-même de la matrice. La plupart anesthésient la malade avant de soumettre la muqueuse altérée à l'action de la curette mousse ou tranchante. Un modificateur aseptisant succède à l'instrument; puis un repos de plusieurs jours et l'emploi d'une asepsie sévère succèdent à l'opération.

Le curettage contre l'endométrite hémorrhagique règne en vain-

queur incontesté, suivant l'heureuse expression de notre si regretté collègue, le professeur Trélat. Les formes purulentes et catarrhales, bien que plus rebelles, sont toujours améliorées, sinon guéries par ce moyen.

Bien que MM. Routier et Terrillon considèrent le curettage comme un moyen dangereux quand il existe des complications péri-utérines inflammatoires, MM. Bouilly et Trélat auraient vu disparaître des salpingo-ovarites bien nettes sous l'influence du curettage suivi d'une aseptisation parfaite de la cavité utérine.

M. Trélat, très affirmatif sur ce point, a constaté cinq fois cette heureuse issue, chez des malades qui semblaient vouées à la pratique bien autrement offensante de l'extirpation des annexes.

Pour M. Richelot, le curettage reste absolument impuissant contre les lésions inflammatoires du col, qui coïncident souvent avec l'endométrite; aussi a-t-il cru devoir pratiquer 31 fois sur 51 cas l'opération d'Emmet ou de Schröder pour parfaire l'action exercée par le curettage.

M. Terrier se montre moins partisan de ces opérations anaplastiques, qui entraînent parfois des atrésies de l'orifice cervical, malgré qu'elles soient régulièrement exécutées.

M. Polaillon est venu revendiquer les droits d'une méthode jouissant d'une efficacité incontestable dans le traitement des endométrites, laquelle serait bien plus simple, bien moins solennelle dans ses allures, que le curettage utérin : c'est la cautérisation des muqueuses altérées au moyen de la pâte au chlorure de zinc.

Les faits favorables avancés par notre collègue, n'ont pu pallier absolument les inconvénients de ces cautérisations relevés minutieusements par MM. Segond, Reynier et Pozzi; ce dernier dut pratiquer l'ovariotomie à la suite de troubles dysménorrhéiques graves, éprouvés par une malade qui avait été soumise à l'action du caustique.

M. Routier crut devoir rapporter à une atrésie de l'orifice tubo-utérin, causée par une cautérisation antécédente, un hémato-salpinx qu'il dut extirper.

L'opération d'Alexander semble perdre quelque peu du terrain qu'elle avait conquis. M. Terrillon, dans un rapport sur une observation de M. Lagrange (de Bordeaux), a signalé plusieurs échecs survenus quelque temps après cette opération, suivie d'abord d'un résultat heureux.

M. Bouilly ainsi que M. Trélat furent d'avis que la constitution d'un périnée épais et solide est nécessaire au maintien de la correction obtenue par le raccourcissement des ligaments ronds.

Le traitement des fibromes utérins est rempli de difficultés et d'incertitudes. Dans les décisions souvent très graves qu'il con-

vient de prendre à leur égard, il importe d'apprécier aussi exactement, aussi minutieusement que possible les conditions dans lesquelles se présentent et l'affection et les malades.

Il ne s'agit point ici, en effet, de ces lésions organiques à marche progressive et déterminée, qui dans un délai plus ou moins proche, en vertu même des lois qui président à leur évolution, doivent apporter fatalement des troubles locaux et généraux incompatibles avec la vie.

Certains fibromes sommeillent indéfiniment ; leur existence est à peine soupçonnée si un hasard ne les fait découvrir. D'autres, après avoir acquis un volume considérable, s'arrêtent brusquement dans leur croissance, et permettent aux malades d'atteindre les limites de l'extrême vieillesse, sans leur avoir jamais causé d'accidents sérieux.

Il faut joindre à ceci que, jusqu'à ces derniers temps, la destruction opératoire de l'affection, nécessitant presque toujours la suppression de l'organe qui leur sert de support, est restée une grave opération, contre laquelle hésitaient bon nombre de chirurgiens, tant que n'existait point une indication vitale absolue. C'est ainsi que M. Terrier, donnant la statistique des hystérectomies pratiquées dans son service depuis 1883, a annoncé une mortalité brute de 39,48 0/0.

M. Segond a eu 9 morts sur 20 opérations.

On s'explique aisément ainsi que l'on ait cherché à étendre au plus grand nombre des cas les bénéfices des méthodes dites indirectes.

M. Championnière a largement expérimenté l'action des courants électriques au moyen d'une disposition spéciale des électrodes, qui met la méthode à l'abri des objections que certaines manières de procéder avaient justement soulevées.

L'action de l'agent électrique serait remarquable, d'après notre collègue, chez les sujets qui ont dépassé 35 ans. Plus tôt, il échoue souvent. La coexistence de salpingo-ovarites ne contre-indiquerait point ce mode de traitement, qui n'a causé aucun accident chez diverses malades présentant cette complication.

M. Richelot, dans un intéressant mémoire, s'est élevé contre l'usage abusif de l'électricité, défendu par quelques spécialistes. Il n'en recommande l'emploi qu'après s'être assuré par un examen sérieux d'un diagnostic exact d'abord, puis de l'absence de toute complication annexielle. Cette coïncidence en est pour lui une contre-indication absolue.

S'appuyant sur des succès opératoires, il a plaidé devant vous la cause de l'hystérectomie, à laquelle il faut bien recourir en cas d'échec des autres méthodes.

MM. Pozzi, Terrier, Championnière ont vivement combattu l'assimilation que M. Richelot avait tenté d'établir entre l'ovariotomie et l'hystérectomie, lors même qu'il est possible de rentrer le pédicule. MM. Bouilly, Championnière, Pozzi, Routier et Terrier sont d'ailleurs peu partisans de cette méthode, qui, entre autres inconvénients, exposerait bien plus à l'infection du péritoine que le traitement extra-abdominal.

MM. Pozzi et Segond ont insisté sur les variétés anatomiques individuelles des fibromes; variétés qui ne permettent point d'établir des règles opératoires absolues.

Il répugne à M. Le Dentu de sectionner totalement le périnée pour obtenir l'occlusion des fistules recto-vaginales, petites et haut situées. Aussi notre confrère a-t-il imaginé un nouveau procédé anaplastique à lambeaux, au moyen duquel il a guéri une de ces fistules, située au-dessus des sphincters, et qui datait de quatre ans.

M. Quénu, comme M. Le Dentu, a le respect du périnée. Il a obtenu un beau succès au moyen d'un procédé qui dérive de celui proposé par M. A. Guérin. M. Segond, à propos d'une observation de M. Félizet, qui lui aussi obtint l'oblitération d'une fistule recto-vaginale par un procédé offrant de grandes analogies avec celui de M. A. Guérin, fit remarquer qu'il fallait tenir grand compte, dans le choix du procédé à adopter, de l'état du périnée. Si cette dernière région, ce qui est le cas le plus fréquent, a souffert, est affaiblie, consécutivement à des déchirures partielles, il vaut mieux recourir d'emblée à la section totale suivie de la réfection immédiate.

Signalons pour terminer un travail très complet de M. Terrillon sur le sarcome de l'utérus.

J'ai hâte de finir, Messieurs, car il me semble que la prolixe énumération à laquelle je viens de me livrer fatigue inutilement votre attention. Malgré tout, je m'aperçois que je n'ai pu construire qu'une nomenclature écourtée, qui ne donne qu'une bien faible idée de la richesse de vos bulletins.

Est-ce une illusion que plusieurs de mes prédécesseurs ont éprouvée avant moi? Il me semble que l'année 1890 n'aura rien à envier à celles qui l'ont précédée par la variété, l'importance, la multiplicité des sujets qui vous ont occupés.

Excusez donc la sécheresse du compte rendu auquel sont astreints vos secrétaires annuels; devant l'imperfection des résultats, ne tenez compte que de la bonne volonté et des excellentes intentions qui président à l'accomplissement de ce devoir ingrat.

Permettez-moi, Messieurs et chers collègues, au moment de

descendre du poste peu envié où m'ont appelé et maintenu vos suffrages, de vous remercier de la bienveillance incessante avec laquelle vous facilitez la tâche de vos secrétaires en allégeant, autant que faire se peut, ce que leurs fonctions ont parfois de lourd et de pénible.

Prix décernés pour l'année 1890.

PRIX DUVAL

M. Reboul (Jules), pour sa thèse intitulée : *Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses; de l'emploi des antiseptiques, et en particulier du naphtol camphré.*

PRIX LABORIE

Le prix n'est pas décerné. Un encouragement de 300 francs est accordé à M. le Dr Ch. Legrain, médecin-major au 1er bataillon d'artillerie de forteresse, à Lille, pour son mémoire intitulé : *Étude critique sur les troubles fonctionnels consécutifs à certains traumatismes et à certaines lésions chirurgicales. De leur exagération.*

Prix à décerner en 1891.

1° Prix Duval;

2° Prix Laborie : *Des opérations pratiquées sur le squelette du pied dans la cure du pied bot congénital;*

3° Prix Demarquay : *Traitement chirurgical des calculs biliaires;*

4° Prix Gerdy : *Cure radicale des hernies ombilicales.*

Les mémoires destinés à ces divers concours devront être adressés à la Société avant le 1er novembre prochain.

Le Secrétaire général,

Ch. Monod.

Séance du 7 janvier 1891.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. Desormeaux, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

3° Une lettre de M. Pozzi, demandant un congé d'un mois pour raison de santé;

4° Un travail de M. Kümmer (de Genève) intitulé : *Ostéotomie linéaire du tibia et du péroné pour pied valgus douloureux de nature traumatique* (Commissaire : M. Kirmisson);

5° Une lettre annonçant la mort de M. Gori (d'Amsterdam), membre correspondant de la Société de chirurgie;

6° Deux mémoires de M. Lecerf, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Valenciennes, relatifs à un *kyste de l'ovaire avec adhérences* et à un *cas de prolapsus du rectum avec calcul vésical* (commissaire : M. Berger).

A propos du procès-verbal.

M. Marchand. M. Terrillon, dans la précédente séance, vous a raconté l'histoire d'un jeune malade auquel il avait pratiqué une laparotomie exploratrice pour rechercher une suppuration hépatique dont il soupçonnait l'existence. Le péritoine ouvert et la face supérieure du foie mise à nu, aucun signe extérieur ne permit de reconnaître le point où siégeait un abcès de petit volume, que l'autopsie seule permit de découvrir.

J'ai dû moi-même, au mois de novembre dernier, pratiquer la laparotomie chez une jeune femme de 27 ans dans des conditions

qui offrent quelque analogie avec le cas de M. Terrillon, nonobstant des dissemblances fondamentales.

La malade à laquelle je fais allusion était une jeune femme qui avait eu deux enfants, dont le dernier accouchement remontait à quatre ans et avait toujours habité Paris.

Elle fut prise brusquement, deux mois environ avant le moment où je la vis, d'un frisson violent, suivi de vomissements; et cela en pleine santé, sans ancune concomitance pathologique.

Il survint de la fièvre, et la malade dut s'aliter. Les symptômes qu'elle présenta furent d'abord assez indécis, car l'affection fut prise pour une fièvre typhoïde, puis pour une pleurésie du côté droit. Peu à peu cependant, ces phénomènes prirent de la netteté, et lorsque je fus appelé, M. Chevassus, qui lui donnait des soins, avait depuis longtemps déjà rectifié le premier diagnostic et préjugé de la véritable nature de l'affection, autant que faire se pouvait.

Je trouvai une malade très amaigrie, dont les conjonctives et la peau présentaient une teinte subictérique très prononcée. L'abdomen était légèrement distendu par des gaz intestinaux; mais la région épigastrique offrait une tuméfaction très manifeste. La palpation de la région hépatique était douloureuse; le foie, volumineux, débordait de deux travers de doigt les fausses côtes : la matité hépatique était augmentée dans des proportions correspondantes. Au niveau de la régiou épigastrique, on arrivait aisément sur le foie, qui la recouvrait entièrement; malgré la tuméfaction apparente qui existait à ce niveau, le tissu de l'organe semblait dur et rénitent; nulle part trace d'un point ramolli ou fluctuant.

La température, qui était soigneusement prise, offrait des rémissions le matin qui arrivaient à 37°,5, et des ascensions vespérales qui allaient de 38°,5 à 39° et plusieurs dixièmes. Les fonctions intestinales étaient à peu près régulières, nonobstant un peu de diarrhée qui n'avait jamais duré longtemps.

Je soupçonnai qu'il devait exister un foyer de suppuration intra- ou périhépatique, dont je ne pouvais nettement percevoir les signes, mais qu'une laparatomie mettrait en évidence; malgré l'incertitude du diagnostic, en raison de l'état grave dans lequel se trouvait la malade et qui n'admettait aucune temporisation, je la fis admettre d'urgence à l'hôpital Saint-Louis où, le lendemain de son arrivée, je pratiquai une laparotomie, que je fis sur la ligne blanche, parce que c'était, je le rappelle, au niveau de la région épigastrique qu'existait la tuméfaction d'ont j'ai parlé, et que l'incision médiane tombait exactement sur elle.

Je ne trouvai rien d'anormal au niveau du péritoine périhépatique; le foie était volumineux, dur partout, ne présentant nulle part

aucun point ramolli qui pût me servir d'indication. J'explorai très attentivement sa face diaphragmatique, la région de la vésicule, les parties accessibles de la face inférieure, sans rien trouver. Je refermai l'abdomen, persistant dans mon idée première d'une suppuration intra-hépatique, située si profondément qu'aucun signe ne permettait de conclure sur elle. La malade succomba aux progrès de son affection, treize jours après mon opération.

Je dois dire que cette dernière ne sembla influencer aucunement la terminaison fatale; car, fait difficile à expliquer, il y eut une rémission marquée des accidents pendant les premiers jours qui suivirent l'intervention; rémission que traduisit la courbe thermométrique qui s'abaissa notablement. A l'autopsie, je trouvai un foie énorme, pesant 2^{kg},100, criblé d'abcès siégeant dans le parenchyme de l'organe à toutes les profondeurs. Le volume de ces abcès variait depuis celui d'un pois à celui d'une noix, avec tous les intermédiaires. C'est par plusieurs centaines qu'on aurait pu les compter. Autour de la veine porte, au voisinage du hile, en dehors du foie, il existait un foyer purulent qu'on poursuivait jusque derrière le pancréas où il s'arrêtait. Rien dans la vésicule et dans le reste de l'appareil biliaire. Tout le reste de l'autopsie fut absolument négatif; les intostins, les organes génitaux, les poumons étaient sains. La rate était volumineuse, mais la veine splénique intacte. Une étude plus complète de la pièce montra que toutes les collections purulentes étaient développées autour des branches de la veine porte. M. le professeur Cornil fut d'avis, à la Société anatomique où la pièce fut présentée, que nonobstant la rareté d'un foyer purulent autour des veines intra-hépatiques, il s'agissait d'une pyléphlébite de nature et d'origine indéterminées.

Rapport.

Kyste dermoïde sublingual pris pour une grenouillette sus-hyoïdienne. Extraction totale de la poche. Guérison, par le Dr A. Schmitt, médecin-major.

Rapport par M. Delens.

Messieurs, dans une des dernières séances, M. le Dr Schmitt nous a communiqué l'observation d'un *kyste dermoide sublingual* et nous a présenté en même temps la poche kystique enlevée par M. Dieu à l'hôpital militaire de Versailles.

M. Schmitt a fait des recherches bibliographiques et est arrivé à

ajouter neuf observations de cette rare affection aux vingt et un cas que le Dr Ozenne avait réunis dans son mémoire, paru dans les *Archives générales de médecine* en 1883.

Ces faits appartiennent à Dardignac (*Revue de chirurgie*, 1884); Tillaux (*Chirurgie clinique* deux cas, 1883-1885) Guinard, Gérard-Marchant (*Bulletins de la Soc. anatomique*, 1888); Reclus (*Gaz des hôpitaux*, 1888); Spencer (*Pathol. Soc. of London*, 1889); Strephard (*Montreal méd. chirurg. Soc.*, 1889); Robinson (*Saint-Thomas hospital reports*, 1889).

Il y aurait donc seulement une trentaine d'observations publiées jusqu'à ce jour, ce qui explique que ces tumeurs ne soient pas encore bien connues et qu'elles donnent fréquemment lieu à des erreurs de diagnostic.

En effet, dans le cas dont il s'agit, les médecins qui ont vu le malade et notre correspondant, M. le Dr Dieu, ont cru d'abord qu'il s'agissait d'une grenouillette sus-hyoïdienne.

Cette dernière affection, comme je me suis attaché à le montrer autrefois, comprend des faits assez disparates; mais bien qu'occupant la même région, les kystes dermoïdes en restent complètement distincts. Il y a donc un véritable intérêt à étudier les faits qui peuvent permettre d'établir le diagnostic différentiel, et éclairer sur le mode de développement encore obscur des kystes dermoïdes.

Ce sont ces deux points qu'a abordés M. Schmitt dans les quelques réflexions dont il a fait suivre son observation. Avant de les reprendre avec lui, nous la reproduisons à peu près *in extenso*.

M..., soldat au 3e génie, d'une bonne constitution, sans antécédents héréditaires ou diathésiques, entre à l'hôpital de Versailles le 23 août 1890, avec le diagnostic : *grenouillette*. Il y a vingt jours, il s'est aperçu en se rasant de l'existence d'une grosseur au cou. Il constata qu'elle faisait aussi saillie sous la langue. Aucune douleur, aucune gêne en parlant, en avalant ni en mangeant.

A son entrée, quand la bouche est fermée, on aperçoit sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne une tumeur globuleuse, empiétant un peu du côté gauche. La peau, à ce niveau, a la coloration normale; elle est souple, mobile sur la tumeur qui donne à la palpation une certaine sensation de résistance.

Cette tumeur ne ressemble en rien aux adénites ou périadénites observées dans cette région. On la délimite nettement entre les doigts, et elle semble avoir le volume d'un petit œuf de dinde, au moins.

Si l'on fait ouvrir la bouche et relever la langue, cette tumeur disparaît presque totalement dans la région sus-hyoïdienne et apparaît alors saillante sous la langue. La muqueuse qui la recouvre est fine, mobile sur elle; sa transparence n'est pas complète et elle présente une faible coloration jaunâtre. Sa forme est globuleuse, et elle remplit

complètement l'espace limité en avant par les arcades dentaires qu'elle dépasse en hauteur. Au toucher, elle donne une sensation de mollesse très réelle, mais ne garde pas l'impression du doigt.

Absence totale de troubles fonctionnels. M. Dieu porte le diagnostic de grenouillette sus-hyoïdienne à marche aiguë, et se propose d'exciser partiellement la poche et de cautériser la cavité avec le nitrate d'argent.

Une double incision de la muqueuse circonscrit un lambeau ovalaire qui est disséqué. La tumeur fait immédiatement saillie ; mais au moment où la poche est ouverte, il sort une matière butyreuse jaunâtre analogue en tous points à de la matière sébacée, sans mélange de poils. Le diagnostic se trouvant modifié, la poche est disséquée et assez facilement extirpée à travers les génio-glosses et les génio-hyoïdiens. Elle n'offrait aucune adhérence, ni avec l'os hyoïde, ni avec le maxillaire inférieur.

A part un peu de tuméfaction d'un ganglion sous-maxillaire, dans les jours suivants, les suites de l'opération furent simples, et au bout de huit jours l'opéré allait bien.

On admet que le développement des kystes dermoïdes de la région hyoïdienne est lié à un accident dans l'occlusion des fentes branchiales. Cette théorie implique forcément la congénitalité de ces tumeurs; cependant les faits sont loin d'établir toujours cette origine congénitale, et M. Schmit fait remarquer qu'elle n'est démontrée que dans un quart des cas.

Chez le malade de M. Schmitt comme chez celui de M. Reclus, la tumeur avait évolué très rapidement; elle était apparue seulement vingt jours avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Cette évolution rapide est tout à fait inconciliable avec l'idée d'un kyste dermoïde, et même d'un simple kyste sébacé.

Absent de la séance au moment où M. Schmitt a présenté la poche enlevée, nous n'avons pu apprécier ses caractères extérieurs, et nous regrettons qu'il n'en ait pas été fait un examen histologique. Le contenu avait l'apparence de la matière sébacée, mais ne renfermait pas de poils. Or, la présence de poils est habituelle dans les kystes dermoïdes.

Mais quelle que soit en réalité la nature de la tumeur, dermoïde ou simplement sébacée, nous restons forcément dans le doute sur l'époque réelle de sa formation et sur les causes pour lesquelles son existence ne s'est révélée que trois semaines avant le moment où elle a nécessité une intervention chirurgicale. Il y a là une inconnue que nous ne nous chargeons pas de dégager.

Pour la question de diagnostic différentiel, M. Schmitt se demande s'il était possible d'éviter de confondre ce kyste avec la grenouillette sus-hyoïdienne. Des deux signes qu'il invoque, la coloration jaune et la persistance de l'impression du doigt sur la

tumeur, le premier était très faiblement accusé sur son malade, et le second manquait totalement.

Nous croyons cependant qu'il y a d'autres caractères différentiels qui, dans des cas analogues, pourraient mettre sur la voie du diagnostic. Les deux principaux sont le siège exact de la tumeur qui est presque toujours latérale et non médiane, et l'absence de délimitation précise, avec mollesse particulière, que nous avons toujours constatés dans les cas de grenouillette sus-hyoïdienne observés par nous.

Le kyste du malade de M. Schmitt était situé exactement sur la ligne médiane; il était en outre bien limité. Pour nous, ces deux caractères n'appartiennent pas à la grenouillette sus-hyoïdienne, qui apparaît latéralement sous la branche horizontale de la mâchoire, et qui forme dans le tissu cellulaire sous-cutané une poche à parois mal limitées, incomplètement remplie et rappelant par ses caractères extérieurs, dans la plupart des cas, les épanchemets traumatiques de sérosité.

Ce sont là des différences dont il faudra tenir compte dans la question du diagnostic différentiel.

Nous nous associons d'ailleurs complètement aux réflexions par lesquelles M. Schmitt termine sa communication, relativement au traitement et à l'extirpation par la voie buccale qu'il préfère à la voie sus-hyoïdienne.

Nous vous proposons, en conséquence : 1° de déposer aux archives le travail de M. Schmitt; 2° de reproduire dans nos bulletins l'observation dont nous venons de donner plus que le résumé.

Discussion.

M. Gérard-Marchant. L'observation de M. Schmitt offre deux particularités sur lesquelles je désire revenir : 1° le défaut d'adhérences de la tumeur, et 2° son évolution rapide.

Les kystes dermoïdes ont une marche lente, un développement progressif, insensible; or, le malade observé par notre confrère a vu *sa tumeur se développer en quelques jours;* je n'accepte pas cette interprétation sous cette forme, et je me demande s'il ne s'agit pas de phénomènes inflammatoires, d'une poussée aiguë qui ont rendu évidente une tumeur existant depuis longtemps. Cette manière de voir est d'autant plus rationnelle que c'était le cas du malade observé par M. Reclus, et dont M. Schmitt rappelait l'histoire.

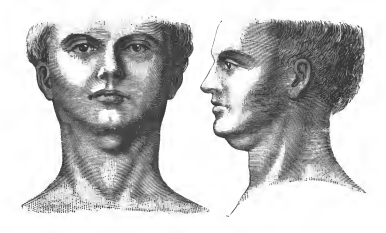
Le défaut d'adhérence du kyste dermoïde aux parties voisines est aussi une exception ; dans une *note sur les kystes dermoïdes du plancher buccal* (Société anat., 1887), j'ai beaucoup insisté sur

cette adhérence aux os, aux membranes fibreuses, et j'ai proposé de diviser ces kystes en deux variétés suivant qu'ils sont fixés à *l'os hyoïde* ou aux *apophyses géni :* 1° kystes dermoïdes *ad-hyoïdiens*, 2° kystes dermoïdes *ad-géniens*.

Cette notion était importante à rappeler au point de vue du diagnostic et du traitement.

Je pense, en effet, qu'il est possible de reconnaître sur le vivant ces deux variétés de kystes.

Les kystes *ad-hyoïdiens* suivent cet os dans les mouvements de déglutition : pour être sûr de ne pas être victime d'une illusion et de rapporter à la tumeur une mobilité qui appartient à toute la région sus-hyoïdienne, il suffit d'interposer le pouce et l'index de la main droite entre la tumeur et l'os hyoïde. Alors, dans le mou-



vement de déglutition, la tumeur vient buter contre le doigt, et témoigner ainsi de ses adhérences ad-hyoïdiennes.

Ce signe, sur la valeur duquel mon maître et ami, M. Reclus, émettait quelque doute (*Clinique chirurg. de l'Hôtel-Dieu*, leçon X), ne m'a pas trompé dans un cas tout récent, que j'ai eu à observer.

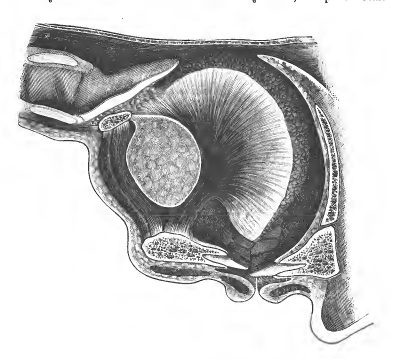
Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, qui portait, depuis longues années, une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon ; comme on le voit sur ces figures, la tumeur déformait la région sus-hyoïdienne sur la ligne médiane et au-dessus de l'os hyoïde ; la tumeur adhérait à cet os si intimement qu'il ne m'était pas possible d'interposer les deux doigts entre l'axe hyoïdien et le contour du kyste.

La forme régulière de la tumeur, absolument arrondie, son apparition dans l'enfance, ses connexions avec le squelette hyoïdien,

son siège médian, me firent porter le diagnostic de kyste dermoïde ad-hyoïdien.

J'ai opéré cette jeune fille par la voie sus-hyoïdienne avec l'aide des Drs Demoulin et Lyot : le diagnostic était exact de tous points. L'adhérence à l'os hyoïde était telle que je dus attirer l'hyoïde en dehors pour pouvoir le séparer de ses connexions fibreuses avec la tumeur; cette manœuvre, que je fis pourtant avec prudence, entraîna un arrêt respiratoire de quelques secondes, qui ne fut pas sans m'inquiéter.

Le kyste renfermait de la matière butyreuse ; sa paroi était



tapissée de poils, et l'examen histologique, fait par M. Lyot, n'a laissé aucun doute sur sa nature dermoïde.

Sur cette figure, on peut voir le siège qu'occupait la tumeur, et ses connexions avec l'os hyoïde.

Cette jeune fille a guéri en huit jours, sans drainage : elle a une cicatrice linéaire, *abritée* pour l'œil, par la saillie du maxillaire inférieur et du menton, et on ne se doute pas de l'opération qu'elle a subie.

Ce fait n'est pas unique ; j'ai rapporté dans mon travail trois ou quatre cas de *kyste ad-hyoïdien*, et, il y a quelques mois, M. Chavasse vous en présentait un fait des plus intéressants, dans

lequel le kyste adhérait non seulement à l'os hyoïde, mais aussi à la membrane fibreuse avoisinante.

Je n'insisterai pas sur les caractères cliniques qui permettent de faire le diagnostic de ces kystes : il me semble que, dans le cas de M. Schmitt, *le siège médian* de la tumeur, sa *forme absolument arrondie*, son *siège anatomique*, auraient dû permettre d'éviter la confusion avec une grenouillette.

Au point de vue thérapeutique, je confesse que je préfère la voie sus-hyoïdienne à l'intervention par la voie buccale. Je ne vois pas bien comment M. Schmitt a pu faire sortir entre les arcades dentaires une poche ayant les dimensions d'un œuf de dinde; il a dû rompre la poche, et cette issue de liquide, de matière butyreuse qui a souillé le champ opératoire n'est probablement pas étrangère aux accidents de lymphangite, fort légers, il est vrai, qu'a eus son malade !

Je termine en disant que si la voie buccale est défendable pour les kystes *ad-géniens*, elle expose à des opérations incomplètes, à des récidives pour les tumeurs ad-hyoïdiennes; je ne sais pas comment, dans le cas que je viens de vous rapporter, j'aurais pu libérer la tumeur de ses adhérences hyoïdiennes par le trou buccal !

M. Bazy. J'ai observé et opéré deux kystes dermoïdes de la région sus-hyoïdienne, adhérents tous deux à l'os hyoïde. Je n'ai pas eu à me poser la question du lieu de l'intervention; il n'y avait pas d'hésitation possible; je devais opérer par la région sus-hyoïdienne, la saillie du côté de la région sus-hyoïdienne, l'adhérence à l'os hyoïde l'indiquaient.

Les deux cas étaient à peu près semblables; l'opération a été conduite de la même manière. Incision médiane allant de la symphyse du menton au cartilage thyroïde, débordant en haut et en bas de 2 ou 3 centimètres les limites de la tumeur.

La dissection de la poche est toujours laborieuse; elle ne se laisse pas énucléer ; elle adhère par des tractus serrés aux muscles sus-hyoïdiens; elle adhère encore davantage à l'os hyoïde et à la membrane thyro-hyoïdienne.

Dans les deux cas, j'ai fait une suture perdue en surjet pour rapprocher les parois et combler la cavité. Réunion de la peau sans drainage. La guérison a été aseptique et apyrétique.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, qui m'a dit avoir vu se développer, dans la région sus-hyoïdienne, il y a environ huit mois, une tumeur grosse comme une petite noisette, profonde, non douloureuse, roulant sous la peau; cette

grosseur s'est développée peu à peu et a acquis, au moment où je le vois, la grosseur d'une noix.

Elle est régulière, médiane, de consistance un peu ferme, résistante, donnant la sensation d'un contenu mou dans une paroi tendue; la peau est mobile et non altérée au niveau de la tumeur, qui est, au contraire, adhérente aux parties profondes et en particulier à l'os hyoïde.

Pas de saillie appréciable du côté du plancher buccal.

Etat général parfait.

Pas de lésions du côté de la face ou du côté de la bouche, pas d'engorgement ganglionnaire, pas de traumatisme antérieur.

Diagnostic : kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne. Opération le 18 août 1889.

Cocaïnisation, incision médiane du menton au cartilage thyroïde. Dissection laborieuse à cause des nombreuses adhérences aux muscles, adhérence plus marquée à l'os hyoïde, surtout au niveau de la petite corne droite.

Suture perdue au catgut en surjet réunissant et accolant les parois; cet accolement est très difficile. Réunion de la peau au catgut; pas de drain. Réunion apyrétique et aseptique.

Observation[1]. — Reuillard (Joseph), âgé de 31 ans, palefrenier, entre à l'hôpital Beaujon le 11 septembre 1890, salle Marjolin, pour une tumeur sus-hyoïdenne qui, suivant lui, est apparue dans les circonstances suivantes :

Il y a environ un an, il vit se développer à ce niveau dans la partie profonde de la peau une tumeur de la grosseur d'une noisette, indolente, dure, roulant sous le doigt. Depuis cette époque, cette tumeur n'a cessé de grossir et se présente actuellement avec les caractères suivants :

Examen du malade. — *Région sus-hyoïdienne.* — On constate une tumeur du volume d'un petit œuf de poule ayant à peu près 6 centimètres dans son grand diamètre et 3 à 4 centimètres dans son diamètre transversal.

La forme de cette tumeur est ovoïde, sensiblement aplatie dans le sens antéro-postérieur. Elle semble collée sur la région sus-hyoïdienne à laquelle elle adhère intimoment. Elle se prolonge jusqu'à l'os hyoïde auquel elle adhère par son extrémité inférieure, tandis que son extrémité antérieure reste moins adhérente aux parties profondes et s'écarte d'environ 2 centimètres de la symphyse du menton. La peau n'est pas adhérente à la tumeur, elle est mobile dans toute l'étendue, ne présente aucun caractère particulier. La consistance est variable suivant le sens de l'exploration. La palpation donne à ce niveau une sensation de mollesse, de pseudo-fluctuation.

[1] Observation recueillie par M. Mermet, externe de service.

Du côté du plancher buccal. — Cette tumeur ne fait aucune saillie appréciable à la vue. A la palpation, on sent dans la profondeur une masse arrondie, qui est la face supérieure de la tumeur. De plus, aucune adhérence de la muqueuse du plancher buccal à ce niveau.

Signes fonctionnels. — Sont nuls. Cette tumeur ne gêne pas le malade. Pas de troubles de la déglutition ni de la phonation ou respiration.

Etat général. — Assez mauvais. Fluxion de poitrine antérieure. Malade affaibli; depuis quelque temps tousse, maigrit. A la percussion des poumons, submatité dans la région sus-épineuse droite. A l'auscultation, craquements.

Le diagnostic porté en présence de cette tumeur fut un kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne.

Opération le 13 *septembre* 1890. — Incision verticale sur la ligne médiane s'étendant depuis le maxillaire inférieur à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'os hyoïde. On tombe alors sur une tumeur du volume que nous avons donné, logée dans le tissu cellulaire de la région.

Par sa face antérieure, cette tumeur répond à la peau qui, comme nous l'avons vu, se détache facilement à ce niveau.

Par sa face profonde, cette tumeur répond aux muscles de la région sus-hyoïdienne auxquels elle adhère et qui lui fournissent de nombreux vaisseaux.

Par son extrémité inférieure, adhérence intime de la tumeur au corps de l'os hyoïde et aux grandes cornes. Décollement très difficile en ce point. Cette extrémité inférieure se prolonge au devant de la membrane thyro-hyoïdienne, à laquelle elle adhère.

La vaste cavité résultant de l'ablation de cette tumeur est comblée grâce à une suture profonde en surjet. Pas de drainage. Pansement iodoformé.

La tumeur présente les caractères macroscopiques que nous avons indiqués : contenu analogue à du mastic — quelques poils.

15 *septembre* 1890. Nouveau pansement. Plaie très belle. Pansement iodoformé. Collodion. Complications pulmonaires. Râles sibilants et soufflants dans toute la poitrine.

20 *septembre* 1890. Les fils de catgut suturant la peau sont tombés en partie. Le malade demande à sortir de l'hôpital; il est complètement guéri.

M. Delens. Les tumeurs adhérentes à l'os hyoïde et volumineuses doivent être attaquées par l'extérieur; la voie buccale peut convenir cependant si le néoplasme proémine de ce côté et est mobile, et par conséquent sans adhérences sérieuses.

Communication.

Anévrysme inguinal énorme et enflammé. Douleurs atroces. Extirpation. Réunion primitive dans la plus grande étendue de la plaie. Guérison.

Par M. Bazy.

Le 31 mai 1887, je vois M. R..., âgé de 44 ans, qui m'est adressé par son médecin, le Dr Birabeau, comme étant atteint d'un anévrysme inguinal. Je constate effectivement tous les signes classiques de l'anévrysme : celui-ci était gros à ce moment comme un œuf de dinde, sans traces de caillots dans l'intérieur : il existait en même temps de l'œdème du membre inférieur qui prouvait que la veine fémorale était assez fortement comprimée.

La limite supérieure de la tumeur était au niveau du ligament de Fallope.

Le résultat de ma consultation fut que le meilleur traitement à opposer à cet anévrysme était la ligature de l'iliaque externe.

Je laisse la parole au malade qui va raconter lui-même son histoire :

« Le 6 décembre 1886, je me suis aperçu pour la première fois que j'avais dans l'aine droite une petite grosseur de la valeur d'une noisette.

« L'année 1887 se passe sans que mon attention se porte là.

« Le 23 janvier 1888, il y avait légère augmentation, accompagnée de pulsations, c'était comme un œuf de pigeon.

« Le 10 mai de la même année, à la suite d'une partie de campagne, ayant fait cinq lieues chaussé de bottines neuves, j'ai été forcé de me mettre au lit quinze jours à cause de l'enflure démésurée de ma jambe droite ; ma grosseur était plus prononcée, mais sans douleur.

« Le 21, je consulte ; le 31 du même mois, je vais voir M. Bazy ; l'année se passe sans éprouver de malaise.

« Les sept premiers mois de l'année 1889 me laissent complètement tranquille ; quoique ma grosseur augmente, j'ai toujours l'espérance qu'elle s'arrêtera, je compte sur des caillots de sang qui entourent l'artère et arrêtent le mal.

« Le 7 août, oubliant mon mal, je fais une nouvelle marche de six lieues ; quatre jours après, douleurs à gauche à la partie interne de la cuisse ; difficulté à marcher ; huit jours après, je constate que ma grosseur était le double et commençait à me faire bien mal.

« Le 1er septembre, forcé de garder le lit quinze jours, je me re-

lève aussi malade, ma grosseur augmente à vue d'œil, elle devient violette. Je me traîne comme je peux en souffrant le martyre jusqu'au 28 novembre où je me suis décidé à être opéré par M. Bazy, secondé par M. Birabeau. »

Je reprends ma narration :

J'avais donc perdu ce malade de vue lorsque, le 20 novembre, je vins, appelé par mon ami, le Dr Birabeau, qui le voyait de nouveau depuis quelques jours; il l'avait trouvé dans l'état le plus grave, non seulement résolu à accepter, mais sollicitant une opération que jusque-là il avait obstinément refusée.

A ce moment, l'état du malade était le suivant : au niveau de l'aine droite existait une énorme saillie violette dont les bords diffus se perdaient insensiblement dans les parties voisines, sauf cependant à la partie supérieure (dans le ventre), où les limites étaient plus nettement tracées ; cette saillie s'étendait à 8 ou 9 centimètres au-dessus de l'arcade crurale ou plutôt, celle-ci ayant disparu, de la ligne réunissant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis. Ce bord supérieur est un peu arrondi, à concavité inférieure.

En dehors elle va jusqu'aux épines iliaques antérieures, en dedans jusqu'à l'épine du pubis; en bas elle descend plus bas que le tiers supérieur de la cuisse. Cette tumeur est animée de battements rendus faibles par la faible impulsion du cœur, par la rapidité du pouls (car il battait de 140 à 150 par minute) et aussi par l'empâtement considérable des tissus périphériques et probablement aussi, pensais-je, par la présence de caillots dans l'intérieur de l'anévrysme. Inutile de dire que tout battement était supprimé dans les vaisseaux au-dessous de l'anévrysme. Néanmoins, à part de l'œdème, la nutrition paraissait suffisamment se faire dans toute l'épaisseur du membre. Il existait, en outre, un peu d'hydarthrose du genou, qui m'a paru être d'origine traumatique. A voir l'aspect de cet anévrysme avec cette peau violacée, adhérente, empatée, œdémateuse, on eût volontiers pensé à un énorme abcès attendant le coup de bistouri. Il était évident que nous nous trouvions en présence d'un anévrysme enflammé.

Aussi fus-je d'avis que nous n'avions pas un seul instant à perdre, et qu'il fallait le plus tôt possible procéder à l'opération qui, dans ma pensée, devait être l'extirpation complète de cette énorme poche, opération dont je ne me dissimulai pas la gravité, mais qui seule pouvait sauver le malade. Je donnerai plus loin les raisons de cette détermination.

Il existait encore une autre indication au moins aussi pressante, c'était l'état général du malade. J'ai dit que le pouls battait de

140 à 150 pulsations par minute ; il n'existait qu'une faible élévation de température (37°,8 à 38° la veille de l'opération); mais les douleurs éprouvées par le malade étaient telles qu'il fallait 6 centigrammes de morphine en injections sous-cutanées, 40 grammes de sirop de morphine pour les calmer un peu, et 6 grammes de chloral pour amener un peu de sommeil.

A peine l'action de ces médicaments commençait-elle à cesser, que les douleurs reparaissaient de plus belle, de sorte que pour amener un peu de calme, il fallait mettre le patient dans cet état d'hébétude et de somnolence où sont plongés les malades fortement narcotisés.

Cet état-là durait depuis une semaine, et il était urgent de ne point le prolonger.

Nous fûmes d'accord pour engager le malade à entrer à la maison de santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu où nous devions l'opérer.

L'opération fut faite le 28 novembre 1889, avec l'aide de mon ami le Dr Rochard. M. Birabeau donne le chloroforme. M. Leclerc, pharmacien, m'assistait aussi.

La peau rasée, savonnée, désinfectée, je commençai à faire au-dessus de la tumeur, sur la peau de l'abdomen, une incision destinée à me permettre d'aller faire la ligature de l'iliaque externe.

Cette incision avait une direction oblique en bas et en dedans et une longueur de 8 centimètres environ. J'incisai la peau, l'aponévrose, et tombai sur le muscle *grand droit* de l'abdomen dont je cherchai le bord externe que je fis incliner en dedans au moyen d'un fort écarteur (j'insiste sur ce point pour bien montrer la hauteur à laquelle arrivait la tumeur). A ce moment, marchant avec précaution, je me dirigeai sur le bord supérieur de la tumeur pour éviter d'ouvrir le péritoine ; je le vis et le décollai de la tumeur, mais à ce moment, je dus, pour me donner du jour, tellement l'artère était profonde et inaccessible, prolonger mon incision en dehors et en dedans. En dedans, elle atteignait presque la ligne médiane.

Décollant avec beaucoup de précaution et non sans avoir lié l'épigastrique, je finis par sentir les battements de l'iliaque externe ; elle était à 8 centimètres de profondeur au moins ; pour me permettre de la voir, le Dr Rochard dut mettre dans la plaie une de ses mains qui me tenait lieu d'écarteur.

Je plaçai deux ligatures sur chacun des vaisseaux et je les sectionnai l'un et l'autre entre leurs ligatures respectives.

Cela fait, du milieu de l'incision, j'en fis descendre une autre suivant la direction connue de l'artère fémorale, et arrivé au-dessous de la tumeur, je liai de même l'artère et la veine et je les sectionnai.

Je procédai alors à la dissection de l'anévrysme, et je m'aperçus très vite qu'elle était particulièrement délicate, la poche n'ayant plus de parois distinctes.

Cette dissection devenait d'autant plus difficile que je m'approchais des parties latérales; en même temps, le suintement sanguin était très abondant, la circulation collatérale étant assez développée et cette tumeur gênant la circulation en retour, car cette hémorrhagie était surtout une hémorrhagie veineuse.

J'avais à craindre de blesser des nerfs importants; je me préoccupais peu du saphène, mais, en dehors, je craignais de couper le crural noyé dans la gangue inflammatoire. Je voulais ménager les muscles, et pour cela je me tenais le plus près possible de l'anévrysme. Aussi à un moment donné, l'ai-je ouvert : un filet de sang jaillit à deux mètres de distance; un doigt placé dessus l'arrêta, mais la situation devenait de plus en plus difficile, surtout en dehors et en dedans au moment d'aborder la face postérieure ; l'hémorragie veineuse continuait, et, quoique arrêté immédiatement par des pinces, le sang devenait gênant. C'est pourquoi je pris à ce moment une résolution importante : celle d'imiter la conduite de Syme dans une circonstance analogue, et d'ouvrir cette énorme tumeur afin de pouvoir l'enlever plus facilement.

Je fais préparer 5 à 6 éponges, je donne un rapide coup de bistouri qui fend la tumeur de haut en bas et je fais, avec l'aide du Dr Rochard, un sérieux tamponnement. Par l'incision s'était échappé 7 ou 800 grammes de sang noir et de caillots (le contenu de l'anévrysme). C'était une quantité tellement grande que M. Leclerc, qui nous quittait pour aller assister un autre de nos collègues et amis, rebroussa chemin, se dévêtit de nouveau afin de nous assister en cas de besoin.

Cependant le pouls n'avait presque pas faibli ; je me mis en devoir d'inspecter l'intérieur du sac, enlevant peu à peu les éponges de bas en haut; j'examinai avec attention : à un moment donné un vigoureux jet s'éleva vers le plafond, il fut immédiatement arrêté par le doigt, je cherchai à saisir le vaisseau avec une pince hémostatique ; n'y parvenant pas facilement, je glissai au-dessous de la poche une pince à mors longs et forts et je saisis le vaisseau. Je liai ensuite un petit vaisseau et, à partir de ce moment, la dissection de la poche put se faire très facilement, très rapidement et sans hémorragie. Je disséquai ainsi toute la poche tout autour de ma pince, laissant de cette façon un pédicule que j'étreignis d'un fort fil et que je sectionnai.

L'orifice de cette artère dans le sac avait plus d'un demi-centimètre de diamètre. J'ai pensé que c'était la fémorale profonde. Son siège et son calibre l'indiquaient. Du reste, c'était l'avis des

membres de la Société de chirurgie quand j'ai présenté la pièce au mois de décembre de l'année dernière.

Il restait, après l'opération, une vaste plaie s'étendant de la région de la fosse iliaque, haut dans l'abdomen, jusque près de la partie moyenne de la cuisse.

En haut, les intestins venaient repousser le péritoine pariétal, déterminant une éventration d'un nouveau genre.

Allant de haut en bas et longeant son bord externe, le couturier flasque et flottant paraissait avoir subi une traction qui avait dépassé les limites de son élasticité ; il passait, dans tous les cas, bien en dehors de l'artère fémorale, quoique à l'état normal il eût dû nous servir de guide dans le point où j'ai fait la ligature inférieure de la fémorale. La recherche de cette artère n'était pas facile au milieu de cette gangue inflammatoire, où ses battements n'étaient plus perceptibles. J'avais extirpé une longueur d'artère équivalant au moins à vingt-cinq centimètres.

Je suturai à la partie supérieure les muscles et l'aponévrose aussi exactement que possible pour éviter toute éventration ; à la partie inférieure, je fis des sutures profondes, perdues.

Je suturai la peau dans l'étendue correspondante, mais à la partie moyenne de l'incision, au niveau de l'artère fémorale, je ne suturai pas la peau pour deux raisons : la première, c'est qu'il eût été impossible de le faire. Cette peau enflammée avait perdu toute élasticité, et il eût été impossible de l'appliquer sur les parties profondes, sur le fond de la cuvette laissée par l'ablation de la tumeur, cuvette dont toutes les parois étaient rigides, et ensuite d'en suturer les bords. Il reste donc à ce niveau un orifice allongé de cinq centimètres de long environ, et une cavité assez grande que je comble de gaze iodoformée. Je fis un pansement à l'ouate salicylée pardessus, en exerçant un peu de compression.

Je n'eus pas à me repentir de n'avoir pas tenté la réunion immédiate totale, comme j'ai l'habitude de le faire pour toutes les plaies vierges, pour toutes les plaies portant sur des tissus aseptiques.

En effet, pendant au moins quinze jours après l'opération, il s'écoule par cette plaie une quantité considérable de sérosité ; c'était celle qui formait l'œdème du membre ; elle s'évacuait par cette soupape. A certains moments, cette sérosité arrrivait dans la cavité avec une telle abondance qu'elle la remplissait sous nos yeux en quelques instants.

Cette particularité et une rétention un peu prolongée d'urine ont été les seuls incidents qui ont marqué les suites opératoires.

Le 26 décembre, le malade quittait la maison de santé et pouvait monter à pied son escalier.

Je l'ai revu le 30 janvier : il restait encore un peu d'œdème de la jambe; il marchait facilement.

J'ai eu de ses nouvelles récentes (septembre) : il va très bien; mais il a malheureusement repris, paraît-il, ses habitudes alcooliques.

Je ne veux pas vous donner les indications du traitement des anévrysmes par l'extirpation du sac.

Ce travail me paraît avoir été fort bien fait par Delbet dans son travail d'ailleurs remarquable de la *Revue de Chirurgie.*

Je n'aborderai ici qu'un point de cette question, d'autant qu'il a été laissé en blanc par Delbet. Je veux parler des indications du traitement des anévrysmes inguino-cruraux.

Ce traitement, à mon avis, ne doit pas être le même pour tous les cas; les indications de la ligature, de l'incision et de l'extirpation diffèrent avec chaque variété d'anévrysme.

Dans mon cas, je n'avais qu'une ressource, l'extirpation. Elle était motivée par les allures inflammatoires qu'avait revêtues l'anévrysme, et par les douleurs violentes dont il était le siège.

La ligature au-dessus, pas plus que la ligature au-dessous, n'aurait modifié cette complication d'inflammation; elle n'aurait pas diminué le sac, et par suite fait cesser les douleurs. Bien plus, elle aurait pu hâter l'éclosion d'accidents du côté de ce sac lui-même.

La ligature au-dessus et au-dessous n'aurait pas modifié non plus le sac, et de fait l'événement me l'a prouvé.

Quant à la double ligature suivie de l'incision pure et simple du sac, le regretté professeur Trélat a bien montré qu'elle pouvait être dangereuse et n'avoir que des inconvénients, un entre autres, celui d'empêcher la réunion par première intention.

J'étais donc amené à faire l'extirpation; le volume énorme de la tumeur, la nécessité où j'étais de faire la résection d'une grande étendue (25 centimètres environ) des vaisseaux fémoraux, ne pouvaient m'arrêter, pas plus que la difficulté de l'opération et la nécessité de ménager le nerf crural et de sacrifier la veine, qui me paraissait oblitérée depuis longtemps (et, de fait, je l'ai sacrifiée dès le début).

Le volume énorme de la poche, bien loin d'être pour moi une contre-indication, était une indication de l'extirpation, et il doit en être ainsi *pour les anévrysmes de toutes les régions*, surtout si l'anévrysme date d'un certain temps.

En effet, un volumineux anévrysme ne peut exister sans avoir déterminé autour de lui une compression d'autant plus marquée qu'il est plus volumineux, compression qui s'étendra à l'artère elle-même sur laquelle il siège, et dans laquelle il arrête le cours

du sang. Il favorise donc le développement de la circulation collatérale.

Cette circulation collatérale sera d'autant plus développée que l'anévrysme sera plus ancien. Dans tous les cas, on peut être certain que cette circulation collatérale est assurée quand la nutrition du membre ou du segment de membre situé au-dessous de l'anévrysme se fait normalement, régulièrement, quoiqu'on ne puisse arriver à sentir le pouls au-dessous.

Dans ces conditions l'extirpation du segment d'artère correspondant à l'anévrysme ne peut avoir aucune influence sur la nutrition ; on peut être assuré que cette dernière sera assurée et on n'aura pas à craindre de gangrène.

Il en résulte que, pour moi, l'absence du pouls au-dessous de l'anévrysme est une des conditions qui en rendent possible, sans accident, l'extirpation; et comme, ajouterai-je, l'extirpation me semble la méthode de choix, *cette absence de pouls est une des indications de l'ablation.*

Je ne dis pas que l'extirpation ne puisse être appliquée dans d'autres conditions, c'est-à-dire alors que le pouls persiste au-dessous; mais je voudrais qu'alors cet anévrysme siégeât dans un point dépourvu de collatérales, et surtout de collatérales importantes, car alors elle n'influerait pas sur la circulation du membre plus qu'une ligature; mais j'hésiterais à traiter de cette manière un anévrysme siégeant dans un point d'où partent de nombreuses ou d'importantes collatérales et s'accompagnant de la persistance du pouls au-dessous: car l'opérateur risquerait fort de lier ces collatérales et, par conséquent, de supprimer les voies par lesquelles la nutrition du membre est assurée.

Or les anévrysmes dans lesquels on peut encore noter la persistance du pouls au-dessus sont de petits anévrysmes, et des anévrysmes récents. Aussi, avant de tenter l'extirpation dans ces cas, proposerais-je volontiers d'employer les moyens qui peuvent développer cette circulation collatérale, c'est-à-dire d'employer la compression à distance et même la méthode de Reid, quand elle est possible. Je crois, en effet, celle-ci capable de guérir des anévrysmes : cela est démontré. Je crois en outre qu'en favorisant la production de caillots dans le sac elle détermine une gêne dans la circulation de ce sac, et dès lors le sang est obligé de se créer une autre voie.

Quoi qu'il en soit, je dirai volontiers que l'extirpation est d'autant plus indiquée que l'anévrysme est plus volumineux. *La grosseur de l'anévrysme est une garantie du succès de l'extirpation*, à la condition, bien entendu, de faire de la chirurgie aseptique.

Pour terminer, je ferai observer que l'ouverture de la fémorale

profonde dans le sac, à supposer que je n'eusse fait que la ligature au-dessus, aurait probablement empêché la guérison, car la circulation n'aurait pas été empêchée dans le sac anévrysmal.

La ligature au-dessus et au-dessous aurait agi comme aurait fait la méthode de Brasdor, c'est-à-dire eût été incertaine dans ses résultats, et aurait pu avoir même des conséquences sérieuses telles que l'inflammation de la poche.

Je ferai observer que l'ouverture et l'évacuation de la poche, quelque périlleuses qu'elles fussent, m'ont beaucoup facilité l'extirpation de la poche, et j'estime que j'ai moins perdu de sang de cette manière que si je ne l'avais pas ouverte ; car je n'ai guère perdu que le sang contenu dans la poche anévrysmale ; or de toutes façons je l'aurais perdu.

Les conclusions qui ne paraissent résulter de mon travail sont les suivantes :

La méthode de l'extirpation peut être appliquée aux anévrysmes inguino-cruraux, et elle est d'autant plus recommandable que les anévrysmes sont plus volumineux ; car qui dit volume, dit développement de la circulation collatérale ; la grosseur de l'anévrysme est la garantie du succès de l'extirpation.

Généralisant ces conclusions aux autres anévrysmes, je dirai que l'extirpation est possible et doit être tentée dans tous les cas d'anévrysme dits externes (iliaques compris) qui ont déterminé la cessation du pouls dans l'artère au-dessous d'eux, ou, si cette particularité n'existe pas, dans tous les cas où l'extirpation n'entraînerait pas la sacrifice de collatérales nombreuses et importantes.

Discussion.

M. Berger. Je m'étonne du discrédit dans lequel semble tomber la méthode de traitement des anévrysmes par la ligature d'Anel ou de Hunter. Elle est moins délaissée en Angleterre, où tout récemment encore elle a fourni de très beaux succès.

La ligature, dit-on, cause souvent l'inflammation du sac. On ne se souvient pas assez que ces cas appartiennent à l'époque qui a précédé la nôtre, où l'inflammation, qui envahissait fort souvent les plaies, pouvait se propager à des distances plus ou moins éloignées; je ne me rends pas bien compte des motifs que l'on pourrait alléguer pour expliquer son inflammation à la suite de la ligature exécutée aseptiquement.

M. Peyrot fait observer que la compression a parfois causé l'inflammation du sac ; que cette dernière ne peut donc s'expliquer dans tous les cas par la propagation d'une inflammation procédant de la ligature.

M. Championnière. J'ai pratiqué plusieurs fois la ligature au-dessus et au-dessous du sac et n'ai vu survenir aucune inflammation de ce dernier. Les cas que l'on en cite étaient bien plus le fait de la septicité de la plaie que de la ligature elle-même.

M. Bazy. J'ai donné la préférence à l'extirpation du sac parce que la ligature ne me semblait point indiquée dans l'espèce. Le sac en effet était enflammé, très douloureux, extrêmement tendu. Une double ligature n'aurait modifié en rien la réplétion excessive, d'où dérivaient les phénomènes douloureux intenses que j'ai signalés.

L'inflammation des anévrysmes peut se montrer spontanément, et ne peut être imputée dans ce cas à une complication septique de la ligature. Je n'avais point du reste à me préoccuper de cet accident, puisqu'il existait au moment où je dus intervenir.

M. Berger. Je ne critique point la façon suivant laquelle M. Bazy a cru devoir procéder dans son cas particulier.

Je m'élève seulement contre l'abus que l'on fait d'une méthode laborieuse, dangereuse souvent, et qui sacrifie toujours des organes importants comme la veine accolée au vaisseau, et qu'une autre manière d'agir eût ménagés.

Communication.

La stérilité du pus des abcès du foie et ses conséquences chirurgicales,

Par le Dr J.-J. Peyrot, chirurgien de Lariboisière.

L'ouverture large et d'emblée des abcès du foie tend de plus en plus à se faire accepter. Elle rencontre pourtant de temps en temps une certaine opposition. Pourra-t-il en être autrement tant que les raisons de son innocuité ne seront pas bien connues ? Il semble presque prodigieux qu'une collection purulente, cachée souvent dans les profondeurs du foie, puisse être attaquée à main levée sans qu'une péritonite rapide s'ensuive. Le fait est si exceptionnel, si peu en rapport avec ce qui s'observe pour les autres viscères de l'abdomen, qu'il a fallu succès sur succès avant d'entraîner à peu près complètement la conviction des chirurgiens.

Il nous semble qu'aujourd'hui nous pouvons fournir cette théorie de l'innocuité de la large incision dans les abcès du foie. L'observation qui suit nous aidera à le démontrer.

Observation. — Louis D..., 28 ans, ajusteur, est entré le 1er décembre 1890 dans le service du Dr Raymond, à l'hôpital Lariboisière, pour des douleurs qu'il éprouvait dans le ventre et pour un état fébrile datant de plusieurs années. Il est amaigri, terreux, cachectique. Il raconte qu'il a fait à l'âge de 8 ans une chute sur le côté droit qui fut contusionné par le bord d'un trottoir. De ce fait, il dut rester deux mois au lit.

Peu après il partit pour la Nouvelle-Calédonie, où il a passé sept ans. En 1875, il a été atteint dans cette colonie d'une dysenterie grave qui dura trois mois. Il finit par se remettre et rentra en France trois mois après. Depuis il a été atteint assez souvent de bronchite, et il est considéré par le Dr Raymond comme un emphysémateux.

En juillet 1890, il commence à souffrir dans le flanc droit. De temps en temps se montrent des frissons d'abord légers, mais qui, peu à peu, se répètent plus souvent et s'aggravent. En septembre, le malade est appelé à faire une période d'instruction militaire de 28 jours : au bout de peu de jours, il souffre davantage, devient incapable de continuer son service et garde le lit à l'infirmerie.

En octobre, une tuméfaction douloureuse apparaît au-dessous des côtes droites; le décubitus de ce côté devient impossible. Les frissons ne se reproduisent plus; mais l'appétit se perd, les forces diminuent, le malade maigrit et bientôt ne peut plus quitter le lit. Il entre à Lariboisière le 1er décembre.

M. Raymond constate l'existence d'une vaste collection formant saillie dans la région de l'hypocondre droit. Il fait le diagnostic d'abcès du foie consécutif à la dysenterie, confirme cette opinion par une ponction avec la seringue de Pravaz qui lui permet d'aspirer comme il s'y attendait un liquide purulent, et veut bien faire passer le malade dans mon service.

Il est aisé de constater que le volume du foie est énorme. L'organe descend en avant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; latéralement, il déborde les fausses côtes de trois travers de doigt; en arrière, la matité thoracique mesure sept à huit travers de doigt; une voussure très nette soulève l'hypocondre droit et la région épigastrique. Il est facile de s'assurer que cette partie saillante est fluctuante.

Le malade tousse et présente dans toute la poitrine de nombreux râles sibilants.

Le 4 décembre 1890, après une injection de cocaïne dans le tissu cellulaire sous-cutané, j'ouvre la collection de la façon suivante : sur le point le plus saillant, qui me paraît correspondre à peu près au beau milieu de la partie supérieure du muscle grand droit, je fais une incision à la peau, verticale, longue de 5 centimètres, commençant à un centimètre du rebord des côtes. Cette incision pratiquée, je plonge un bistouri directement dans le foyer et je l'ouvre de haut en bas en sectionnant directement et d'un seul coup la paroi abdominale et celle du foyer hépatique.

Une énorme quantité de pus, évaluée par nous à deux litres au moins,

s'écoule rapidement. La canule du laveur est introduite dans le foyer et nous injectons plusieurs litres de solution phéniquée à 1/40. L'opération me paraissait terminée heureusement. J'essaye, à ce moment, d'introduire par l'ouverture deux tubes à drainage que j'avais préparés à l'avance pour cet usage ; mais dans ce moment, je laisse échapper mon incision hépatique; or il n'existait aucune adhérence entre le foie et la paroi; le parallélisme entre la plaie extérieure et la plaie profonde est aussitôt détruit. Il m'est impossible de placer mes tubes. Le malade, très émotif, se plaint beaucoup, crie à la moindre tentative que je fais. En désespoir de cause, je lui donne du chloroforme, et je ne reprends ma recherche qu'après avoir obtenu l'anesthésie complète.

Je finis par découvrir et par accrocher l'incision que j'avais faite au foie. Elle était allée se loger du côté du flanc droit à 5 ou 6 centimètres de l'incision pariétale. Je l'attire au niveau de cette dernière et je l'unis à elle par deux points de catgut. Introduction des tubes à drainage; nouveau lavage qui donne encore une grande quantité de pus; pansement antiseptique.

On comprend aisément qu'au sortir de cette intervention je n'aie pas été sans quelque inquiétude au sujet de mon opéré. Voilà une ouverture qui était restée béante dans l'abdomen pendant près de vingt minutes, et qui forcément avait déversé dans la cavité péritonéale une certaine quantité du pus encore contenu dans l'abcès fort incomplètement vidé. Qu'allait-il advenir?

Je retournai le soir à l'hôpital. L'opéré allait très bien. Le ventre n'était point douloureux; la région de la plaie seule était sensible, d'autant plus que le malade, atteint de bronchite, comme nous l'avons dit, toussait fréquemment. Rien non plus les jours suivants : pas le moindre retentissement sur le péritoine. La température, qui, les jours précédant l'opération, oscillait entre 37°,5 le matin et 39° le soir (dans le rectum), conserve cette allure pendant une huitaine de jours. Peut-être la bronchite pouvait-elle être accusée, en grande partie, de cette persistance de la fièvre. A partir du 12 décembre la température ne dépasse plus 38°. Elle devient absolument normale dès le 19. Nous avons fait des lavages boriqués quotidiens par les tubes pendant les quatre premiers jours. On n'a plus changé ensuite le pansement que tous les deux ou trois jours. Pendant quelques jours à partir du 11 décembre, un écoulement de bile assez abondant s'est produit; mais il a cessé dès que nous avons remplacé les deux gros tubes par un tube unique plus petit (20 décembre). Le 25 décembre, ce dernier tube a été retiré définitivement. La cicatrisation était complète deux jours après.

J'ai gardé le malade dans mon service jusqu'au 7 janvier 1891. Il est méconnaissable. En quinze jours il a repris d'une façon étonnante. Il est parfaitement guéri.

Supposons qu'au lieu d'un abcès du foie, il se fût agi d'une collection développée dans tout autre organe de l'abdomen, les choses eussent-elles suivi le même cours ?

M. Mabboux, dans l'intéressant article qu'il a consacré, dans la *Revue de Chirurgie de* 1887, au *traitement chirurgical des abcès du foie*, laisse percer un certain étonnement en présence des succès de la méthode de Stromeyer Little, dont il s'est pourtant constitué le propagateur. Obligé d'un côté d'admettre — ce qui est évident dans tant d'observations et en particulier dans la mienne — que le péritoine n'est pas forcément défendu par des adhérences plus ou moins solides, refusant d'autre part d'accepter qu'un lavage forcément incomplet fasse perdre au pus ses qualités nuisibles, il arrivait à penser que la large ouverture permettait à ce pus un écoulement si facile pour le dehors que toute pénétration dans le péritoine était évitée. C'était là le point faible de la théorie. Comment imaginer que les abcès profonds, ouverts sur le trocart cannelé à 7 à 8 centimètres de profondeur par les chirurgiens de l'Inde, ne laissaient pas écouler dans le péritoine une parcelle de leur contenu ; et chez mon malade est-il possible de croire que rien ne s'est déversé non plus dans la séreuse abdominale ?

Non, l'explication n'est pas là. Elle se trouvait dans un fait tout à fait inattendu, constaté pour la première fois, croyons-nous, par Kartulis en 1887 (1), et récemment vérifié par Laveran (2) et par Netter (3), à savoir que le pus des abcès du foie consécutifs à la dysenterie est ordinairement dépourvu de micro-organismes susceptibles d'être décelés par tous les moyens d'investigation connus.

Le cas que nous avons eu sous les yeux nous a permis de vérifier ce fait. M. Veillon a bien voulu faire pour nous, avec le pus que nous avions recueilli avec pureté dans des pipettes stérilisées au moment où il s'écoulait de l'abcès, les recherches nécessaires, et voici les résultats qu'il a obtenus : Par l'examen microscopique, nous n'avons jamais pu constater de micro-organismes, bien que nous ayons fait de nombreuses tentatives de coloration avec les couleurs d'aniline ordinairement employées.

Tous les ensemencements de ce pus sur gélatine, sur agar, sur sérum ou dans le bouillon liquide n'ont donné lieu à aucun développement, bien que nous ayons eu soin de semer une grande quantité de pus.

L'inoculation intra-péritonéale chez le cobaye n'a donné lieu à aucun phénomène morbide.

Le pus de cet abcès du foie ne contenait donc pas de micro-or-

[1] KARTULIS, Zur Ætiologie des Leberabcess (*Centralblatt für Bacteriologie*, t. II, n° 25; 1887).

[2] LAVERAN, Deux observations d'abcès du foie; examen bactériologique du pus de ces abcès (*Soc. méd. des hôpitaux,* 25 juillet 1890).

[3] NETTER, *Ibid.*

ganismes pouvant être décelés par les méthodes actuellement employées en bactériologie. On peut affirmer en particulier *que les microbes habituels de la suppuration y faisaient complètement défaut.*

Je n'ai pas à insister sur les hypothèses que l'on peut faire pour expliquer cette absence de microbes dans les abcès dysentériques du foie.

Les microbes de ces abcès, peu virulents de leur nature, seraient-ils morts au moment de l'ouverture de la collection ? L'hypothèse est peu vraisemblable.

Il est plus probable que les abcès dysentériques du foie sont d'une nature toute spéciale, et qu'ils sont causés par un organisme spécifique non cultivable sur nos milieux artificiels.

Ce qu'il faut retenir ici au point de vue chirurgical, c'est que ces abcès ne contiennent pas d'ordinaire les microbes pyogènes qui causent habituellement les accidents septiques. Là est certainement la véritable explication de l'innocuité de la méthode de Stromeyer Little pour l'ouverture des abcès du foie. Le *pus de ces abcès* peut en effet être déversé sans danger dans la cavité abdominale même en quantité notable.

Je ne voudrais pas que cette notion fût exagérée. Ce qui paraît bien établi pour les abcès consécutifs à la dysenterie n'est certainement pas vrai pour les suppurations qui ont une autre origine.

Les abcès dysentériques eux-mêmes peuvent être envahis par des infections probablement secondaires. Kartulis, sur 13 cas qu'il a examinés, aurait trouvé 2 fois le staphylococcus pyogenes aureus et 3 fois le staphylococcus pyogenes albus. Mais nous manquons de détails sur ces observations et nous ne savons pas si des ponctions, par exemple, n'avaient pas produit cette infection secondaire.

S'il se vérifiait que les abcès dysentériques peuvent ainsi être envahis par des infections secondaires, l'ouverture à main levée exposerait à de terribles dangers, et il me paraîtrait nécessaire, avant d'intervenir chirurgicalement, de faire l'examen bactériologique du pus retiré par une ponction exploratrice. J'avoue qu'en présence des succès à peu près constants de la méthode de Stromeyer Little, l'existence de cette infection secondaire me semble, malgré les faits de Kartulis, absolument rare.

Discussion.

M. Bouilly. J'ai dans un cas observé le même fait que M. Peyrot. Les deux ouvertures, celle de la paroi abdominale et celle du foie, ne se correspondant plus après évacuation d'un foyer considérable, les deux drains que j'avais placés dans le foyer hépatique étaient

devenus verticaux. Du pus s'était écoulé dans le péritoine, et pourtant il ne survint aucun accident. Je fus d'autant plus inquiet pendant quelque temps, que ce pus avait une odeur horriblement fétide.

J'ai dans d'autre cas fixé les lèvres de la plaie hépatique à la paroi abdominale pour éviter le retour de semblable accident.

M. Périer. J'ai dans un cas pris la précaution de fixer au moyen de la suture le tissu hépatique à la paroi abdominale. Après évacuation du foyer, la lèvre supérieure de l'incision hépatique ayant de la tendance à remonter, la paroi qui lui était fixée se réfléchit en dedans. Il n'y avait du reste aucune adhérence préalable à l'incision, et le malade guérit.

M. Peyrot. Il n'existe presque jamais d'adhérences entre le foie et le péritoine pariétal. La conduite de M. Périer a été très prudente; mais les précautions qu'il a prises seraient superflues si l'asepticité parfaite du pus des foyers hépatiques était bien démontrée.

M. Quénu. Chez un soldat qui avait séjourné au Tonkin et qui avait une ascite considérable, un développement exagéré du foie et un ictère assez prononcé me conduisirent à supposer qu'il existait un abcès de cet organe. Je fis une incision exploratrice qui donna issue d'abord à une grande quantité de liquide dans lequel nageaient des fausses membranes. Il n'existait aucune adhérence entre le foie et la paroi abdominale. Je fis une ponction avec un trocart assez gros, qui ne me donna aucun résultat; comme d'autre part l'exploration manuelle ne me fournissait aucun renseignement, je refermai le ventre.

A l'autopsie, je trouvai un abcès énorme, renfermant plus de deux litres de pus. Mon trocart était resté distant de 1 centimètre environ de la paroi de la collection.

Cet exemple démontre qu'il ne faut point se hâter de tirer une conclusion définitive à la suite d'une seule ponction, et qu'il est bon de réitérer, en le variant, ce genre d'exploration.

M. Chauvel. J'ai fait quatre fois l'ouverture d'abcès du foie sans qu'il existât aucune adhérence entre l'organe et la paroi abdominale. Je n'ai point suivi la conduite de M. Périer, parce que je pensais que la suture, ou devait être inefficace, ou bien fixerait le foie dans une situation anormale. J'ai eu l'occasion d'ouvrir de la même façon un kyste hydatique suppuré sans qu'il en soit résulté aucun acccident, bien que selon toute vaisemblance une quantité, minime il est vrai, de son contenu ait dû souiller le péritoine.

M. Périer. Le foie remonte tellement, après l'ouverture du foyer, que tout drainage est impossible sans fixation de lèvres de l'incision. Ma suture a rendu le drainage possible, et mon malade a guéri sans incident fâcheux.

M. Robert. Les suppurations hépatiques des pays chauds, consécutives à la dysenterie, ont habituellement des foyers multiples. Nous procédions à leur ouverture, au Tonkin, en deux temps : nous faisions d'abord une incision parallèle au rebord des fausses côtes ; le lendemain nous pratiquions une ponction dans l'organe lui-même au moyen d'un trocart. Si la première ponction n'atteignait pas le but, nous attendions quelque temps pour la renouveler dans une direction différente. La fièvre tombait presque toujours, lors même que ces piqûres n'avaient évacué aucun foyer.

Les suppurations hépatiques sont du reste particulièrement graves au Tonkin, par les désorganisations étendues qu'elles déterminent. Je n'ai vu que deux malades guérir, tous les autres ont succombé.

La marche de cette affection semble être beaucoup moins rapide dans les pays tempérés, partant offrir une gravité beaucoup moindre.

M. Peyrot. La suture ne me semble avoir aucun inconvénient lorsque le foie a été vidé d'une collection considérable. Quant à ce qui est de l'innocuité du contenu des kystes hydatiques suppurés, c'est là une question à réserver et qui mérite d'être soumise à un examen plus approfondi. Je suis quelque peu surpris de la gravité que présentent les suppurations du foie au Tonkin ; il semble que l'affection soit moins redoutable dans l'Inde. C'est la pratique des chirurgiens de ce dernier pays qui nous a appris du reste à traiter cette affection comme nous le faisons actuellement.

M. Charvot a assisté le médecin principal sous les ordres duquel il se trouvait en Tunisie, dans l'ouverture d'un abcès du foie chez deux malades. Les suites de l'opération ont été fort heureuses ; les cavités purulentes se sont cicatrisées comme s'il s'était agi d'abcès ordinaires.

Présentation de malades.

M. Championnière présente à la Société deux opérées anciennes de résection du genou.

Ces deux femmes ont été opérées, l'une à l'âge de 19 ans, l'autre

à l'âge de 22 ans. Cette dernière a été opérée il y a cinq ans. Elle avait des lésions osseuses considérables. Elle avait eu et a eu encore peu après l'opération des hémoptysies.

Elle est aujourd'hui parfaitement bien portante et sa marche est des plus satisfaisantes.

Vous pouvez voir que cette femme, avec 7 centimètres de raccourcissement, sans chaussure spéciale, marche si correctement qu'il faut deviner sa boiterie et sa difformité.

Localement la solidité est parfaite, et l'état de la région antérieurement malade est aussi sain que possible; jamais de suppuration.

Elle marche aussi correctement et plus solidement qu'aucune malade ayant une ankylose du genou sans raccourcissement.

La deuxième malade, âgée de 24 ans, est peut-être plus curieuse, parce qu'elle a subi deux fois la résection du genou. Une première fois, il y a cinq ans. Comme une quantité considérable du fémur lui avait été enlevée jusque sur la diaphyse presque, je lui conseillai de conserver comme appareil protecteur un étui de cuir périphérique à la région opérée.

Au bout de deux ans elle crut pouvoir abandonner ce soutien. La région de l'opération subit une flexion, et six mois plus tard je renouvelais sa résection.

Voici deux ans que celle-ci est faite, et depuis longtemps la malade marche comme vous voyez.

Elle est très remarquable, parce qu'elle a subi un raccourcissement total de 12 centimètres. Elle marche avec un soulier ayant une semelle un peu plus épaisse. Elle a si peu de boiterie que vous imagineriez difficilement le raccourcissement du membre inférieur.

J'ai tenu à vous montrer les deux malades que j'ai revues par hasard ce matin, parce qu'elles vous montrent des résultats vraiment éloignés de la résection pratiquée *sans suppuration*.

Elles ont été rapidement guéries et rapidement ont marché. La marche est satisfaisante et non fatigante, et l'état local et général se sont maintenus indemmes malgré des lésions osseuses très étendues, et même des lésions pulmonaires constatées.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. MARCHAND.

Séance du 14 janvier 1891.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Deux mémoires de M. Ludson (de New-York), relatifs à l'*orthopédie ;*

3° Une lettre de M. le Dr Thiéry, accompagnant l'envoi de sa thèse pour le concours du prix Duval.

Rapport.

Sur trois communications intitulées : 1° *Sur un procédé de résection ostéoplastique du pied,* par M. le Dr Paul Michaux ; — 2° *Phlegmon diffus du pied. Résection ostéoplastique. Guérison,* par M. le Dr Gellé (de Provins) ; — 3° *Tuberculoses osseuses multiples ; ostéo-arthrites du tarse. Résection de presque tout le tarse. Guérison,* par M. le Dr Phocas, agrégé de la Faculté de médecine de Lille.

Rapport par M. Paul Berger.

Des trois communications dont je viens vous rendre compte, les deux premières ont trait à l'opération de *résection ostéoplastique du pied* connue sous le nom d'*opération de Wladimiroff-Mikulicz.*

L'indication dans ces deux cas n'a pas été la même : dans celui que vous a communiqué mon collègue et ami le Dr Paul Michaux, il s'agissait d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du pied, occupant principalement la région moyenne du tarse, remontant à plus de deux ans, et traitée avec persévérance, quoique sans succès, par

la méthode conservatrice, l'immobilisation, la compression, les pointes de feu, la médication générale. Dans le fait qu'a observé M. Gellé, à la suite d'une fracture des os du pied, soumise aux manipulations d'un rebouteur, s'était déclaré un phlegmon qui avait suppuré, qui s'était étendu par diffusion au foyer de la fracture, aux articulations du pied, et qui avait nécessité deux incisions latérales, pratiquées sur les faces interne et externe du cou-de-pied. Dans l'un et dans l'autre cas, la conservation était devenue impossible en raison de l'étendue des lésions osseuses et des menaces de l'état général. L'avant-pied étant indemne, les deux chirurgiens eurent recours à la résection du squelette de la partie malade par la méthode de Wladimiroff-Mikülicz ; mais ils la pratiquèrent par des procédés bien différents et nouveaux sur lesquels je dois vous donner quelques détails.

Voici comment M. le Dr Michaux décrit lui-même son opération :

1er *temps : incision des parties molles.* — Je suppose qu'il s'agisse du pied droit ; l'articulation scapho-cunéenne et le tendon de l'extenseur propre du gros orteil sont déterminés et marqués. Le chirurgien porte l'avant-pied vers la droite ; puis, au niveau du tendon d'Achille, vers son bord externe, près de son insertion calcanéenne, il commence une incision qui passe horizontalement sous la pointe de la malléole péronière et qui va gagner directement l'articulation scapho-cunéenne, un peu en dehors du point où cette articulation est croisée par le tendon extenseur propre du gros orteil. Cette incision se recourbe alors à angle aigu pour gagner le bord externe du pied vers le tubercule du 5e métatarsien, coupant les téguments de la face dorsale et externe un peu en arrière de l'interligne tarso-métatarsien. Arrivé au bord externe du pied, à l'union de celui-ci et de la face plantaire, on la recourbe en arrière, en suivant toujours les limites de la face plantaire, pour la ramener à son point de départ, par le bord externe de la face postérieure du calcanéum. L'incision en question n'intéresse pas seulement les téguments, elle coupe les tendons de l'extenseur commun et des péroniers antérieur et latéraux, dont la conservation n'est d'aucune utilité pour le résultat de l'opération.

On voit que cette incision circonscrit et isole entièrement toute la portion des parties molles du pied correspondant à la face externe du calcanéum et au cuboïde. Ces parties molles seront extirpées avec le squelette.

2e *temps : désarticulation tibio-tarsienne.* — Celle-ci se fait suivant les règles ordinaires ; le couteau divise le ligament latéral externe de cette articulation, pénètre dans l'interligne, coupe tous les moyens d'union de l'article et, suivant le massif osseux tarsien

dans tous ses contours, dégage de la gouttière calcanéenne les vaisseaux et nerfs tibiaux postérieurs. La région postérieure du tarse se trouve ainsi rapidement isolée des parties molles ; on peut l'attirer hors de la plaie et ménager même l'artère pédieuse, que l'on conserve jusqu'au point où elle plonge dans l'espace interosseux.

3e *temps : résection du tarse.* — La section *idéale* doit porter sur l'extrémité postérieure des métatarsiens. Si on conserve un peu des os du tarse, il faut enlever une plus grande longueur du tibia, pour éviter l'allongement corrélatif du membre. Dans la section métatarsienne, la scie doit être dirigée parallèlement à la direction générale de l'interligne de Lisfranc et dans un plan vertical. L'obliquité de cette section permet à tous les métatarsiens de s'appliquer également sur le sol par leur extrémité antérieure. La direction verticale du trait de scie donne à l'avant-pied, quand il est uni à la jambe, une légère inclinaison en avant qui fait que l'opéré est plus *plantigrade* que *digitigrade*. L'opéré que vous a présenté M. Michaux présentait, en effet, cette disposition à un degré assez accentué; l'avant-pied n'était pas exactement dans le prolongement de la jambe, et il n'en marchait pas moins bien.

La section des métatarsiens étant faite, on coupe à la hauteur voulue le tibia et le péroné, préalablement isolés des parties molles qui les entourent.

4° *temps ; suture osseuse.* — On rapproche alors les sections osseuses, soit avec une suture métallique, soit avec des fils de catgut fort, comme je l'avais fait dans le cas que je vous ai présenté, comme M. Michaux l'a fait pour son malade. Cinq fils forts sont passés dans l'extrémité postérieure des métatarsiens, puis au travers du tibia et du péroné, au moyen d'un perforateur. En serrant ces fils, on obtient une adaptation complète de la surface de section des os du métatarse à la surface de section des os de la jambe, puis on pratique la suture des parties molles.

M. Michaux, avant de le faire, avait tamponné le cul-de-sac talonnier des parties molles, qui font d'abord une forte saillie en arrière, avec de la gaze iodoformée ; remarquant que ce tamponnement gênait la circulation dans le pied, il le retira et vit aussitôt l'avant-pied reprendre sa coloration.

Tel est le procédé auquel a eu recours M. Michaux et que de nombreux essais sur le cadavre lui ont permis de décrire comme une opération systématiquement réglée. Pour terminer ce qui se rapporte à cette intéressante observation, disons que la cicatrisation fut rapidement obtenue, mais que la consolidation complète des extrémités osseuses mit trois mois environ à s'achever. Son

opéré marche actuellement d'une manière très sûre, même sans appareil ; le bourrelet que forment en arrière les parties molles, conservées, de la région talonnière permette néanmoins au pied, légèrement incliné en avant, de s'appliquer sur une chaussure spéciale fabriquée par les soins de M. Collin. Le résultat est donc excellent.

Voyons maintenant le procédé auquel a eu recours M. Gellé. On sait que, chez son malade, l'inflammation phlegmoneuse avait nécessité deux incisions latérales pratiquées en dedans et en dehors du cou-de-pied. Nous regrettons que M. Gellé n'ait pas mieux précisé le siège et la direction de ces incisions ; il en résulte une certaine obscurité qui s'étend sur tout le reste de sa description.

L'opération consista d'abord en la dissection du pont dorsal, en insinuant le couteau sous chacune des incisions latérales, de manière à séparer aussi complètement que possible les téguments du dos du pied du squelette sous-jacent, ceci jusqu'au niveau de l'articulation tibio-tarsienne.

Ce premier temps accompli, le chirurgien réunit les deux incisions latérales en coupant transversalement et à fond entre elles la plante du pied.

Dissection attentive du lambeau en suivant les sinuosités du squelette et en remontant jusqu'à la base postérieure des os de la jambe (je reproduis mot pour mot la description donnée par l'auteur), après avoir désinséré le tendon d'Achille.

Cela fait, il est facile d'enlever le calcanéum et l'astragale ; ces deux os sont dénudés, rugueux, et leurs articulations détruites.

Introduisant alors la scie sous le lambeau (ou plutôt le pont) dorsal on scie d'avant en arrière les os de la première rangée du tarse (ce sont les os de la deuxième rangée du tarse que veut désigner M. Gellé), de manière à enlever les parties déjà atteintes d'ostéite, et à arriver sur une surface osseuse absolument saine.

Le lambeau antérieur ainsi obtenu, comprenant les téguments et la portion squelettique du pied conservée, est relevé en avant, le lambeau postérieur ramené en haut; les deux os de la jambe, dénudés sur une hauteur de 4 centimètres environ, sont sectionnés au-dessus des malléoles.

La bande d'Esmarch étant supprimée, l'hémorragie est presque nulle et est arrêtée par deux ligatures. Les surfaces osseuses sont mises au contact, et après avoir placé un drain sortant par la coque talonnière et des drains latéraux, la plaie est réunie par une suture au fil d'argent.

Nous ne pouvons que féliciter M. Gellé des résultats de son opération très bien conduite ; la cicatrisation fut rapide ; il fallut,

au bout d'un mois et demi, redresser les orteils sous le chloroforme ; au bout de quatre mois environ, la soudure osseuse était complète, et l'opéré marchait aisément, même sans canne, en se servant d'une chaussure spéciale pourvue de tuteurs métalliques latéraux.

Nous sommes obligé néanmoins de faire quelques réserves à propos du procédé qu'il a mis à exécution. Ce procédé a été un procédé de nécessité; deux incisions longues et profondes existaient sur les deux côtés du cou-de-pied, il était indiqué de s'en servir pour pratiquer la résection ; mais en les réunissant dans la plante du pied de manière à les transformer en une incision unique en U, M. Gellé a dû nécessairement intéresser toutes les branches de division de l'artère et du nerf tibial postérieur.

C'est un des reproches que nous avons adressés à la plupart des opérations pratiquées avant la nôtre, et dont nous avons donné les raisons dans le rapport que nous avons présenté à l'occasion d'une observation de M. le Dr Chaput, dans la séance du 24 avril 1889. Cette section du nerf et de l'artère tibiale postérieure a été la cause de diverses complications ; elle est d'ailleurs contraire à toutes les règles des résections qui veulent que l'on conserve autant que possible les vaisseaux, et surtout les nerfs qui environnent l'article dont on entreprend l'exérèse. M. Gellé n'a pas cru devoir recourir à la suture osseuse, et il n'a pas eu à s'en plaindre ; mais j'estime que celle-ci contribue à la coaptation primitive parfaite des surfaces osseuses et que, lorsqu'elle est faite au catgut, comme M. Michaux l'a pratiquée, elle ne présente aucun inconvénient réel qui puisse balancer ce grand avantage.

Le procédé étudié, décrit et employé par M. Michaux me paraît devoir être préféré. Il se rapproche beaucoup de celui que j'ai proposé et mis à exécution; M. Michaux le reconnaît avec un empressement dont je lui suis très reconnaissant, quoique les questions de priorité n'aient à cet égard que bien peu d'importance. J'avouerai qu'il présente même sur le mien l'avantage d'ouvrir une voie plus large vers le squelette et les articulations, et de diminuer un peu l'exubérance des parties molles qui font saillie autour de la réunion osseuse, lorsqu'on les conserve intégralement comme je l'ai fait. M. Michaux, en effet, extirpe celles de ces parties molles qui recouvrent la face externe du calcanéum et le cuboïde, tandis que je me borne à les diviser par une grande incision disposée en T renversé, laquelle me permet d'arriver sur les régions tibio-tarsienne et tarsienne et de pratiquer les résections nécessaires sans léser aucun organe important.

L'essentiel, dans le procédé de M. Michaux et dans le mien, c'est le point suivant : on ouvre l'articulation tibio-tarsienne, on

énuclée les os de la première rangée du tarse, on pratique la section des os du pied et celle des os de la jambe, le tout en ménageant l'artère et le nerf tibial postérieurs, par des incisions pratiquées exclusivement sur la face externe du cou-de-pied et qui permettent, après avoir constaté l'étendue des lésions, de se décider à volonté pour une opération de Wladimiroff-Mikülicz, pour une simple résection tibio-tarsienne, pour une amputation ostéoplastique du genre Lefort-Pasquier ou Pirogoff, ou enfin pour une désarticulation tibio-tarsienne par le procédé de J. Roux. La supériorité de cette façon de conduire l'opération, plus encore que du procédé opératoire lui-même, sur les procédés où l'on sacrifie d'emblée les parties molles du talon me paraît (peut-être est-ce amour-propre d'auteur) hors de toute contestation.

L'intéressante observation communiquée par M. Phocas m'amène à toucher un sujet un peu différent, quoique très voisin du précédent: il s'agit des indications de l'intervention opératoire pour les ostéo-arthrites tuberculeuses du pied.

Un enfant de sept ans et demi, ayant déjà subi une résection du coude pour une tumeur blanche de cet article, et porteur do lésions tuberculeuses ganglionnaires et cutanées, est atteint depuis plus d'un an d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du pied gauche, ayant entraîné la formation de fistules multiples, aboutissant à plusieurs des os du tarse qui sont altérés : astragale, calcanéum, cuboïde. Les articulations du tarse, les gaines synoviales des tendons sont envahies par la fongosité. En présence de lésions menaçantes et qui ne font que s'accroître, M. Phocas se décide à operer. Il extirpe l'astragale, le calcanéum, et trouvant le cuboïde et le scaphoïde altérés, il en pratique l'évidement, puis l'énucléation complète : il évide même les cunéiformes et l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien. Les malléoles sont abrasées avec la scie, puis les fongosités enlevées, le foyer opératoire touché avec une solution de chlorure de zinc.

Le seul incident opératoire à noter fut une hémorrhagie considérable en nappe, après l'ablation de la bande d'Esmarch, hémorrhagie qui parut un instant inquiétante et qui ne fut arrêtée que par la compression locale. La guérison fut assez longue à obtenir; néanmoins, au bout de quelques mois, il n'existait plus ni fistules ni suppuration; le pied réséqué mesurait 13 centimètres de longueur et 16 d'épaisseur, tandis que les dimensions correspondantes du pied sain étaient de 15 et demi et de 14 centimètres. Les os paraissaient s'être reformés; la saillie des malléoles pouvait être sentie, la plaie du calcanéum présentait une masse dure et ferme, le tubercule du scaphoïde s'etait reproduit. Les fonctions de l'articulation tibio-tarsienne nouvelle étaient normales, mais avec

un peu de laxité et le pied se portant volontiers en valgus ; la mobilité médio-tarsienne, au contraire, n'existait plus. L'enfant pouvait se tenir sur son pied ; M. Phocas ne nous donne pas de détails sur la façon dont se faisait la marche. L'état général était très satisfaisant.

J'ai dit que cette observation nous amenait à envisager la question de l'intervention chirurgicale dans les ostéo-arthrites du tarse. Il y a quelques années celle-ci paraissait résolue dans le sens de l'abstention, de l'expectation, des moyens locaux non opératoires : compression, immobilisation, pointes de feu et ignipuncture, traitement médical, etc. J'ai moi-même, dans une discussion qui s'est élevée ici sur ce sujet, exprimé mon éloignement pour les opérations réglées, notamment pour les résections pratiquées dans les cas de ce genre. Depuis lors, mes opinions se sont beaucoup modifiées ; j'ai pu voir en effet un certain nombre de sujets que j'avais crus guéris par la compression, l'immobilisation, l'ignipuncture, se représenter avec de nouvelles fistules, conduisant sur des lésions étendues du tarse ; j'ai été plus d'une fois forcé de recourir à l'amputation de membres qu'une opération, plus limitée, mais précoce, eût peut-être permis de conserver.

Ce n'est pas que le traitement par l'expectation et la conservation doive être abandonné. Il doit être employé, dans presque tous les cas, au début de l'affection ; il doit être essayé tout d'abord, mais pendant un temps limité, alors même que des lésions osseuses ou articulaires assez profondes font douter qu'il puisse être efficace. Il reste la règle pour le traitement des individus qui peuvent joindre, à l'emploi des moyens chirurgicaux, une bonne hygiène, le traitement par les eaux, les stations thermales ou maritimes, en un mot pour les malades appartenant aux classes riches et qui peuvent donner à l'affection dont ils sont atteints tous les soins qu'elle réclame. On peut en obtenir d'excellents résultats, même chez les malades pauvres, notamment chez les enfants, que l'on peut placer dans les conditions requises pour la guérison; mais il faut reconnaître que le plus souvent le traitement ne peut être suffisamment prolongé, que les malades sont incomplètement guéris lorsqu'ils se remettent à se servir de leur membre ; de là les rechutes, auxquelles concourent la nécessité du travail corporel, l'insuffisance de l'alimentation et de l'hygiène du malade et le défaut de suite dans les soins qu'il reçoit.

Il faut reconnaître, d'ailleurs, que les résections, les opérations ostéo-plastiques donnent des résultats infiniment meilleurs que ceux auxquels on s'était accoutumé, depuis qu'on sait prévenir la suppuration du foyer opératoire, et surtout depuis que l'on donne une attention suffisante à l'extirpation des fongosités qui ont envahi

les parties molles et les tissus péri-articulaires. Si, à la suite de tarsectomies plus ou moins étendues, d'évidements osseux ou d'autres opérations analogues, on observe encore souvent les récidives locales de l'affection tuberculeuse, cela tient, en effet, le plus souvent à ce que l'on a ménagé quelques foyers de tuberculose locale, quelques nids de fongosités situés dans les gaines des tendons ou dans les parties molles de la face plantaire du pied.

Pour ces raisons, toutes les fois que chez un sujet qui a achevé sa croissance ou chez qui celle-ci est presque terminée, on constate des lésions tuberculeuses profondes et des articulations du tarse, ayant entraîné la production de fistules conduisant jusqu'au squelette, ou même lorsqu'il n'y a encore ni suppuration ni fistules, mais qu'un traitement soigneusement institué par la compression, l'immobilisation, l'ignipuncture et les moyens analogues n'a pas amené, au bout de très peu de mois, une amélioration tout à fait manifeste, je pense qu'il y a lieu d'avoir recours, sans plus différer, soit à la résection tibio-tarsienne, soit à la résection ostéoplastique de Wladimiroff Mikülicz, pour épargner au sujet une amputation.

La règle de conduite est plus difficile à établir chez les enfants; chez eux, les résections méthodiquement pratiquées laissent bien souvent un membre raccourci et destiné à rester en arrière dans son développement ultérieur, par le fait de la destruction des cartilages épiphysaires. Je crois donc qu'il ne faut pas chercher, dans ces conditions, à pratiquer une résection tibio-tarsienne, ni surtout une opération de Mikülicz. M. Phocas, qui songeait à pratiquer cette dernière sur son malade, jeune garçon de 7 ans et demi, en a été, je le crois, fort heureusement détourné par l'étendue des lésions osseuses.

La conduite qu'il a tenue est celle qu'à notre sens il faut adopter en pareil cas : c'est de faire une *résection atypique*, en pratiquant l'énucléation de tous les os du tarse qui sont malades, et, s'il existe des lésions du côté des os de la jambe, en se bornant à éviter très complètement les points malades, de manière à ménager le plus possible le cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure du tibia. Bien entendu l'extirpation complète des fongosités des parties molles s'impose, et elle doit se faire, non point par un curettage toujours insuffisant, mais par la dissection conduite dans les tissus sains, circonscrivant et enlevant toutes les parties atteintes de fongosités.

Si, à la suite de son opération, M. Phocas a eu à lutter contre une hémorrhagie difficile à arrêter, c'est qu'il a enlevé trop tôt la bande d'Esmarch. J'ai coutume, dans toutes les opérations de ce genre, soit de bourrer le foyer opératoire avec de la gaze au salol

ou à l'iodoforme, ou, quand je le puis, d'en réunir les parois par une suture profonde perdue au catgut, et de n'enlever le lien élastique qui assure l'hémostase provisoire, qu'après avoir appliqué le pansement et établi tout autour du membre une forte compression ouatée. Dans ces conditions, je ne me souviens pas d'avoir jamais observé d'hémorrhagie ni même de suintement sanguin ayant traversé le pansement.

Communication.

Castration hâtive pour le lymphadénome du testicule,

Par le Dr Terrillon.

Dans un travail paru en 1879 dans les *Archives de médecine* et dans le *Traité des maladies du testicule,* que j'ai publié en collaboration avec M. le Dr Monod, nous nous sommes efforcés de montrer que le lymphadénome du testicule était une affection maligne.

Cette tumeur peut attaquer l'autre testicule; elle s'accompagne souvent d'un engorgement ganglionnaire rapide et d'une généralisation viscérale et cutanée souvent précoce, sans que, d'ailleurs, pendant une période relativement longue, on constate aucune cachexie appréciable.

Avec de telles données, la question du traitement chirurgical prêtait à bien des controverses. Il s'agissait, en particulier, de savoir si l'ablation hâtive de ces tumeurs pourrait faire espérer une guérison durable, voire même définitive dans certains cas.

L'expérience seule pourra éclairer les différents points de cette discussion. Or, je possède actuellement deux observations qui semblent prouver que l'ablation hâtive d'un testicule peut procurer une guérison rapide et sans aucune récidive.

Obs. I. — *Lymphadémone du testicule gauche datant de deux mois et demi. Castration. Guérison persistant depuis trois ans.*

M. D..., âgé de 45 ans, est un homme vigoureux, ayant toutes les apparences d'une très bonne santé.

Un jour, il s'aperçut que le testicule gauche présentait une partie dure, indolente, occupant la région antérieure de l'organe. Peu inquiété par cette constatation, il va, seulement au bout de quelques jours, consulter son médecin qui me l'envoie.

En palpant avec soin le testicule gauche, on constate en effet la présence d'une tuméfaction dure, résistante, occupant le quart inférieur

de la glande, et se confondant insensiblement en arrière avec la partie saine. Celle-ci a sa consistance normale et sa sensibilité caractéristique à la pression. On ne trouve d'ailleurs aucune autre altération, ni du côté des enveloppes, ni du côté du cordon, ni dans la prostate.

Interrogé avec soin, M. D... n'accuse aucune trace de syphilis; l'examen du malade n'en révèle pas davantage.

Rien dans ses antécédents ne pouvait mettre sur la voie d'une diathèse quelconque.

Le cas était embarrassant et demandait quelque réflexion avant d'arriver à un diagnostic précis. Le malade fut soumis à l'emploi simultané du mercure et de l'iodure de potassium à dose assez élevée pendant un mois environ. En même temps, le scrotum était enveloppé dans un vaste emplâtre de Vigo.

Après ce laps de temps, un examen nouveau fit constater très nettement que la partie indurée avait augmenté d'une façon très notable et envahissait plus du tiers de l'organe testiculaire. Elle était dure, élastique, ne présentait aucune bosselure et n'était le siège d'aucune douleur ni spontanée, ni à la pression.

Le diagnostic de tumeur intra-testiculaire auquel j'avais pensé dès le début semblait donc s'affirmer, et mon collègue le Dr Terrier, qui la vit à cette époque, confirma ce diagnostic. Cependant comme la marche et l'augmentation de volume n'étaient pas très rapides, on pouvait encore faire une tentative avec le traitement antisyphilitique qui fut suivi de nouveau pendant trois semaines.

Après ce laps de temps, l'hésitation n'était guère permise, l'augmentation était manifeste; quelques douleurs étaient survenues.

Je pensai donc que le meilleur conseil à donner au malade était de faire l'ablation radicale de cet organe, espérant ainsi le mettre à l'abri, plus tard, d'une récidive, en supposant que les lymphatiques et les ganglions prélombaires n'étaient pas encore atténués, vu le peu de temps écoulé depuis le début de l'affection. Cette opinion fut acceptée par le médecin du malade et par le patient lui-même.

L'opération eut lieu le 4 juin 1887, avec le concours de M. Terrier. Elle fut des plus simples, et une double ligature en chaîne avec la soie aseptique fut appliquée sur le cordon. Les bords de la plaie scrotale furent réunis avec des sutures, et un petit tube à drainage placé dans la partie déclive.

La réunion fut parfaite, et la guérison complète en une dizaine de jours, sauf la persistance d'une fistulette par laquelle on vit s'éliminer au bout de plusieurs semaines le fil à ligature.

L'examen de la pièce fut particulièrement intéressant : par une fente longitudinale séparant le testicule en 2 parties égales, on voyait nettement que le 1/3 antérieur du testicule était remplacé par une substance plus dure, plus homogène et plus blanchâtre que la substance testiculaire. Cette matière était en rapport direct avec la surface de l'albuginée en avant; mais, en arrière, elle se confondait insensiblement avec la substance testiculaire qui semblait intacte.

L'examen histologique fut pratiqué par M. le Dr Brault, préparateur

du laboratoire de la Faculté, qui me donna une note manuscrite que je garde avec soin.

Pour lui, il s'agissait évidemment d'un lymphadénome à petites cellules qui avait envahi la partie antérieure du testicule.

Vers la limite du tissu malade et du tissu sain, les tubes testiculaires semblaient atrophiés et étouffés par le tissu voisin qui les envahissait.

On ne trouva rien ni dans les vaisseaux, ni dans la partie du cordon enlevée qui furent examinés également.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis près de quatre ans, M. D... a conservé sa bonne santé; il n'éprouve ni dans la cicatrice, ni dans l'autre testicule, ni dans l'abdomen aucune lésion apparente.

Un seul phénomène qui peut être interprété de façons bien différentes, et qui n'a probablement avec l'ablation du testicule qu'une relation bien lointaine, l'a tourmenté pendant plusieurs mois. Subitement il fut pris d'impuissance, aucune excitation ne pouvant réveiller les érections. Cet état dura quelques mois, en 1889, et cessa pour ne laisser depuis aucune inquiétude.

Obs. II. — *Lymphadénome du testicule gauche au début. Castration. Guérison datant d'un an.*

Cette seconde observation est absolument analogue à la première.

M. B..., âgé de 62 ans, jouissant d'une bonne santé, s'aperçut un jour, par hasard, qu'il existait au niveau de son testicule droit une bosselure indolente. Inquiet, il consulta son médecin, le Dr Duperrier, qui, après avoir recherché en vain chez son client quelques traces de syphilis ou de tuberculose, hésita à faire un diagnostic et m'adressa le malade.

Je trouvai, en effet, à la partie antérieure du testicule, une tuméfaction occupant environ le tiers de la glande. Cette tuméfaction était indolente, bien limitée et distincte, sans être séparée du reste de l'organe par une ligne de démarcation.

L'épididyme et le cordon étaient intacts. Je ne pus davantage trouver aucune altération dans le voisinage ni dans les organes voisins.

Il était difficile de ne pas penser aussitôt à la présence d'un néoplasme dans le tissu de la glande. Je fis part de mes appréhensions au malade et à son médecin, mais en déclarant que je ne voulais rien décider sans qu'un traitement ioduré eût été appliqué pendant plusieurs semaines.

Nous n'avions cependant trouvé chez lui aucun antécédent ni aucune trace nous permettant d'admettre la syphilis. Mais on sait combien est quelquefois insidieux le développement des gommes du testicule.

Le malade suivit donc un régime sévère pendant près de cinq à six semaines sans qu'on pût percevoir aucune amélioration ; au contraire, la tuméfaction avait augmenté notablement.

D'accord avec le Dr Duperrier, je proposai une opération radicale qui fut avec peine acceptée par le malade. Cependant, en présence de nos craintes d'une part, et de nos espérances de l'autre, il se résolut à supporter cette amputation.

L'opération eut lieu le 28 février 1890. Elle fut simple. Je fis la ligature du cordon avec un double fil de soie disposé en chaîne et fis la réunion sans drainage. La guérison fut complète en huit jours. La pièce, examinée après une coupe longitudinale, donna à peu près les mêmes caractères que la précédente, et voici la note manuscrite que M. Brault a bien voulu me remettre :

« Le testicule avait à la coupe l'aspect d'un sarcome; les masses étaient molles, blanchâtres, de consistance encéphaloïde.

« A l'examen microscopique, les cellules de la tumeur se rapprochaient davantage de celles des sarcomes globo-cellulaires à petites cellules. Mais d'autres points de la préparation montraient un tissu conjonctif nettement réticulé lymphoïde.

« Au point de vue de la variété du néoplasme, on peut donc hésiter ; mais au point de vue de la marche et du pronostic, les deux tumeurs semblent s'équivaloir : sarcome à petites cellules ou lymphadénome, il n'y a pas d'autre alternative; ainsi que cela se produit ordinairement dans les sarcomes ou les lymphadénomes du testicule, la glande n'était représentée à la périphérie de la tumeur que par un petit nombre de tubes séminifères. Dans les parties centrales, il n'en existait plus trace. »

Cet examen histologique, pratiqué par un homme très autorisé, ne laisse donc aucun doute sur l'opportunité de l'opération et sur la nature certainement maligne de la maladie.

Nous avions donc quelques appréhensions sur l'avenir de notre opéré. Cependant, depuis sa guérison, il n'a éprouvé aucune gêne, aucun malaise, et l'examen le plus approfondi ne fait découvrir aucune cause d'inquiétude.

Communication.

Castration hâtive pour la tuberculose du testicule,

Par le Dr Terrillon.

L'opinion des auteurs au sujet de la castration dans la tuberculose testiculaire est encore loin d'être unanime. Les observations de malades opérés, guéris, et suivis pendant un temps assez long, ne sont pas assez nombreuses dans la science pour bien fixer ce point important de thérapeutique chirurgicale et indiquer quelle est la survie ordinaire que peuvent espérer ceux qui ont subi cette mutilation.

Cependant, depuis longtemps déjà, je me suis assez nettement prononcé sur cette question dans le *Traité des maladies du testi-*

cule que nous avons publié, M. Monod et moi, en 1889. Nous nous sommes efforcés de démontrer les grands avantages de la castration dans la tuberculose testiculaire, surtout quand la lésion est encore localisée à l'épididyme.

Lorsque aucun autre organe n'est atteint, j'estime que l'ablation de ce foyer bien circonscrit s'impose, et que, dans la grande majorité des cas, on n'aura à déplorer ni propagation aux parties voisines, ni généralisation de la maladie. Peut-être même aura-t-on des guérisons définitives.

Je crois intéressant de publier deux observations fort intéressantes à l'appui de cette thèse. Dans le premier cas, le malade, suivi pendant huit années, n'a présenté aucun accident, et tout fait espérer que ces bons résultats seront durables.

Le second malade, qui présentait une tuberculose aiguë du testicule, est opéré depuis trois ans, sans récidive et sans aucun trouble dans sa santé générale. Cette dernière observation est intéressante également à un autre point de vue. Je veux parler de la localisation de la tuberculose au testicule seul et de sa généralisation à tout l'organe, à l'exclusion de l'épididyme. Ceci constitue un fait exceptionnel.

La guérison, constatée depuis trois ans, mérite aussi d'être notée, car ces poussées tuberculeuses dans la glande séminale sont ordinairement considérées comme entraînant un pronostic assez grave pour l'avenir du malade.

Obs. I. — *Testicule gauche tuberculeux et suppuré. Ablation. Amélioration de la santé générale. Absence de récidive depuis huit ans.*

T..., 35 ans, me fut adressé par le Dr Ehrardt; depuis plusieurs mois il était porteur d'une affection suppurante du testicule du côté gauche.

La lésion paraissait exister surtout dans la région de l'épididyme, au-dessus du testicule qu'on sentait hypertrophié. Les premières atteintes de la maladie paraissent remonter à environ dix-huit mois.

Un peu plus tard, une poussée aiguë avait déterminé la formation d'abcès qui s'étaient ouverts lentement en ulcérant la peau, laissant ainsi deux fistules qui donnaient à travers le scrotum une grande quantité de pus.

Cet homme, grand, blond, d'apparence assez vigoureuse, avait des occupations très pénibles, et son état général ne semblait pas avoir souffert de cette lésion locale. On ne trouvait chez lui aucune altération appréciable de l'urèthre, de la prostate ou des vésicules séminales. Le cordon correspondant au testicule altéré était seul un peu induré,

En examinant avec soin le testicule droit, on trouvait au niveau de la tête de l'épididyme un petit noyau d'induration assez manifeste, mais non douloureux. Après avoir essayé chez ce malade quelques

cautérisations dans les trajets fistuleux, et voyant que nous n'obtenions aucun résultat, je lui proposai, d'accord avec le Dr Ehrardt, de pratiquer l'ablation du testicule gauche.

L'opération eut lieu le 2 juin 1882. La guérison fut rapide, grâce à l'emploi du pansement de Lister, et le malade se rétablit bientôt. L'examen des pièces montra qu'il s'agissait d'une lésion tuberculeuse très avancée de l'épididyme, surtout au niveau de la tête de cet organe, qui avait presque le volume du pouce, et formait une caverne à paroi caséeuse. Le corps de l'épididyme présentait deux ou trois noyaux caséeux ; enfin le testicule était augmenté de volume ; on y trouvait quelques foyers caséeux. L'examen histologique pratiqué par moi-même montra en divers points qu'il s'agissait d'une tuberculose déjà avancée.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de huit années, cet homme est bien portant; il a engraissé, et peut se livrer à toutes ses occupations, qui sont assez pénibles, car il est pharmacien, et très occupé.

Obs. II. — *Tuberculose aiguë du testicule gauche. Ablation. Guérison depuis trois ans. Amélioration de l'état général.*

M. V..., âgé de 40 ans, vint me consulter le 25 janvier 1888, de la part du Dr Bellanger.

Il éprouvait depuis deux mois environ dans le testicule du côté gauche une douleur violente accompagnée d'une augmentation assez rapide de l'organe. En même temps existaient des tiraillements le long du cordon et une douleur lombaire assez persistante.

L'état général du malade avait été influencé par la marche aiguë de cette maladie. Il avait maigri rapidement. Son appétit avait diminué considérablement. Le soir sa température s'élevait légèrement, et il suait abondamment pendant la nuit.

Lorsque j'examinai ce malade pour la première fois, je trouvai du côté gauche un testicule très gros : il pouvait avoir le volume d'un œuf d'oie. Cet organe était dur, très douloureux à la pression, et il donnait dans la main la sensation d'une tumeur solide.

La température de cet organe paraissait augmentée par rapport à celle des régions voisines. Le scrotum était intact, ne présentait ni œdème, ni aucune adhérence. On ne pouvait constater aucune trace de liquide dans la tunique vaginale.

La glande testiculaire était uniformément hypertrophiée, sans aucune bosselure à sa surface. Enfin il est utile de noter avec soin que l'épididyme occupait sa place normale et semblait intact ainsi que le cordon.

Je ne pus rien constater par le toucher rectal du côté de la prostate et des vésicules séminales.

L'appareil testiculaire du côté droit était sain.

Ce malade fut surveillé pendant quelques jours et soumis à la médication iodurée et hydrargyrique. Mais, après trois semaines environ de

ce traitement, qui fut assez rigoureux, et voyant que le volume de la glande augmentait, que les phénomènes généraux étaient loin de s'améliorer, je pensai qu'il s'agissait d'une tumeur maligne à marche rapide.

On pouvait bien faire l'hypothèse qu'il s'agissait d'une tuberculisation aigue du testicule, telle que M. Duplay en 1860 l'a décrite sous le nom de *orchite tuberculeuse;* mais l'absence de lésion de l'épdidyme qui semble être la règle dans la tuberculose, l'intégrité du scrotum, l'absence de liquide dans la tunique vaginale, enfin le peu de tendance à la suppuration, malgré la durée déjà longue de la maladie, m'éloignèrent de cette idée.

Je proposai donc la castration, en me basant sur ce raisonnement que cette opération radicale était indiquée quelle que fût la nature de la maladie.

L'opération eut lieu le 30 janvier 1888. L'ablation fut des plus simples : la tunique vaginale était intacte et ne présentait pas de trace évidente d'inflammation ; l'épididyme ne semblait pas altéré ; il en était de même du canal déférent.

Les suites de l'opération furent parfaites et le malade se rétablit rapidement.

Son état général très altéré s'améliora rapidement, et actuellement, 15 janvier 1891, trois ans après l'opération, il se porte très bien.

L'examen de la pièce fut particulièrement instructif, car il démontra qu'il s'agissait d'une tuberculisation aiguë du parenchyme testiculaire, mais avec une particularité spéciale qui consistait dans l'intégrité de l'épididyme, exceptionnelle en pareil cas.

Le testicule pesait 240 grammes; il fut examiné avec soin par M. le Dr Brault, et voici la note qu'il m'a communiquée :

« Dans ce testicule, la lésion n'offre pas la disposition d'un néoplasme proprement dit; c'est une altération diffuse et infiltrée.

« Le tissu interstitiel, notablement augmenté, qui sépare les tubes séminifères présente une infiltration d'éléments embryonnaires en très grande abondance; les travées conjonctives sont dissociées en quelque sorte par ces éléments.

« Les parois des tubes séminifères sont également infiltrées de cellules lymphatiques. Les lamelles de faisceaux conjonctifs, disposées concentriquement, qui constituent ces parois sont écartées les unes des autres par les éléments embryonnaires, de manière à figurer une sorte de treillis dont les mailles sont remplies par ces éléments.

« Certains tubes, complètement oblitérés par le fait de cette infiltration, ne sont plus reconnaissables que par la disposition arrondie et concentrique des travées conjectives.

« La cavité des tubes séminifères est plus ou moins remplie de cellules irrégulières, dans lesquelles il est impossible de reconnaître la forme des éléments de l'épithélium normal. Ces cellules présentent les caractères des cellules épithélioïdes.

« Elles forment, dans certains tubes, une couche épaisse qui rétrécit la lumière du conduit; sur d'autres elles l'obstruent même complètement.

Au centre d'un grand nombre de tubes, les éléments épithélioïdes subissent la dégénérescence caséeuse, et plusieurs tubes sont complètement remplis par un magma caséeux. On trouve aussi dans le tissu interstitiel des foyers de caséification.

« Les cellules géantes existent en assez grand nombre. Quelques-unes sont situées au centre des conduits séminifères ; d'autres, dans l'épaisseur de leurs parois, ou même en dehors des tubes, dans le tissu interstitiel. C'est principalement au voisinage des parties caséifiées que l'on rencontre les cellules géantes.

« La recherche des bacilles de Koch a donné un résultat positif. On les trouve principalement dans les parties caséeuses, au centre des tubes séminifères.

« Il s'agissait donc là d'une de ces formes rares de tuberculose aiguë, ayant débuté par le testicule et l'ayant envahi en totalité sans atteindre l'épididyme resté intact. C'est là un fait particulièrement instructif et, à ma connaissance, sans précédent dans la science. »

Cette constatation de l'intégrité de l'épididyme, l'absence de foyers purulents et de bosselures dans l'albuginée, expliquent la difficulté du diagnostic dans ce cas particulier ; ce sont surtout ces anomalies par rapport à la règle générale qui méritaient une mention spéciale et rendaient cette observation exceptionnelle.

En effet, dans tous les faits de tuberculose aiguë du testicule publiés jusqu'à ce jour, on mentionne toujours la concomitance des lésions de l'épididyme.

Discussion.

M. Reclus. Tous les chirurgiens s'accordent à considérer comme des plus bénignes la tuberculose locale du testicule.

Je ne suis donc aucunement surpris que le malade qui fait l'objet de la première observation de M. Terrillon soit resté guéri depuis deux ans et demi.

Il est bon d'établir certaine catégories dans la tuberculose testiculaire. Dans les cas légers par exemple, il n'est point rare, après évacuation du foyer, ou le passage de ce dernier à l'état scléreux, de constater des guérisons qu'on peut considérer comme définitives. Je connais un malade qui a reçu les soins de Velpeau, il y a plus de trente ans. Non seulement il est resté guéri depuis ce temps, mais il est devenu le père d'une assez nombreuse famille. J'ai connu un étudiant en médecine, il y a une douzaine d'années, qui a été affecté de tuberculose testiculaire, et est resté guéri depuis lors.

Une seconde catégorie de malades avaient des lésions qui on nécessité la castration, et pourtant ces malades eux-mêmes peuvent rester indéfiniment sans récidiver. Jai vu un malade qui a dû

subir, il y a neuf ans, une castration double; il est resté depuis ce temps en bonne santé. Il vient il est vrai de contracter une légère bronchite à laquelle son médecin n'attache aucun caractère de spécificité.

Un autre individu que je revois encore a subi l'ablation d'un testicule tuberculeux il y a sept ans : bien qu'il eût à cette époque une vésicule séminale légèrement prise, il est toujours en bon état.

Quant à la tuberculose aiguë du testicule avec ses poussées, elle provoque une telle augmentation du testicule, que Dolbeau dans un cas avait cru à l'évolution d'un sarcome; elle est très bien connue dans tous ses caractères. Dès 1872, à l'époque où j'étais interne de M. Féréol, j'observai dans son service un malade qui présentait un gonflement des testicules considérable et survenu brusquement. Mais au bout de quelques jours, il succombait à une méningite tuberculeuse et je trouvai ses glandes séminales farcies de tubercules miliaires.

Ce sont ces cas que Duplay dans un mémoire avait nommés sarcomes miliaires et que j'ai décrits sous le nom d'orchite tuberculeuse aiguë.

M. Bouilly. J'ai opéré en 1885 un jeune homme de 28 ans environ, portant une tumeur du testicule gauche ayant toutes les apparences cliniques du sarcome du testicule. Le cordon était sain : il n'y avait aucune trace de ganglions iliaques ni lombaires. Après un traitement antisyphilitique rigoureusement suivi et n'ayant donné aucun résultat, je fis l'ablation de ce testicule. A l'œil nu, le testicule était transformé en une masse blanchâtre, d'apparence sarcomateuse. L'examen microscopique révéla la structure très nette d'un lymphadénome avec réticulum et cellules lymphoïdes tout à fait caractéristiques.

Plusieurs années se passèrent, et je commençais à douter de l'exactitude du diagnostic histologique; je fis faire un nouvel examen sur la pièce gardée précieusement dans l'alcool. Le résultat fut le même. J'ai revu ce malade ces jours-ci, et il venait me demander s'il pouvait honnêtement se marier, très satisfait du testicule qui lui reste et de la santé générale, qui a toujours été excellente.

J'avais toujours hésité à publier cette observation à cause du doute qu'elle m'avait laissé, doute qui vient d'être ébranlé par le fait de M. Terrillon.

M. Verneuil. Les testicules qui ont été le siège de l'affection tuberculeuse conservent les stigmates très reconnaissables de

cette affection. Aussi voyons-nous fréquemment des individus présentant ces cicatrises faciles à reconnaître.

Je ne fais que rarement la castration pour des affections tuberculeuses du testicule; je préfère évacuer les foyers et les soumettre à la cautérisation interstitielle à l'aide du thermocautère. Mes malades guérissent très bien à la suite de ce traitement; ils conservent au moins l'illusion de leur testicule. J'ai suivi quelques-uns de ces individus ainsi guéris pendant plusieurs années sans avoir constaté aucune récidive. Bien mieux, chez un malade dont les deux testicules étaient affectés et qui offraient concomitamment des lésions de la prostate, j'ai constaté, après guérison, un retrait très notable du gonflement de cet organe. On doit donc admettre que la guérison est loin d'être rare lors même que les parties profondes sont envahies.

M. Bazy a lui aussi obtenu des guérisons assez nombreuses et rapides au moyen de la cautérisation interstitielle; il a vu les lésions prostatiques rétrocéder à la suite de ce traitement.

M. Terrillon. C'est la rareté relative des cas analogues à ceux que je présente qui m'a engagé à les publier.

Je considère comme peu fréquent le poids de 200 grammes atteint par un testicule affecté de tuberculose aiguë, avec intégrité complète de l'épididyme.

Communication.

Traitement de la constriction cicatricielle des mâchoires par la désinsertion du masséter,

Par M. Le Dentu.

Il s'en faut que l'opération d'Esmarch donne toujours de bons résultats chez les malades atteints de constriction des mâchoires. Même lorsqu'on obtient un écartement suffisant pour laisser passer les aliments, la mastication est défectueuse. Cela s'explique sans peine, car à la suite de cette opération il y a deux centres de mouvement qui ne sont pas situés sur le même axe transversal, l'un au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, l'autre immédiatement en avant de la branche montante du maxillaire du côté malade. De plus les muscles masticateurs n'agissent plus que sur un côté de la mâchoire inférieure, et si l'autre côté participe au déplacement de l'os entier, il ne peut concourir à la mastication que dans une faible mesure.

On peut donc dire que si l'opération d'Esmarch représente un progrès réel, il ne donne pas entière satisfaction. Aussi, ayant eu récemment à traiter une jeune fille de 23 ans atteinte de constriction des mâchoires, j'ai eu recours à un procédé que je crois nouveau et qui en tous les cas n'est pas mentionné dans les traités de chirurgie les plus récents.

La constriction des mâchoires avait été la conséquence d'une périostite suppurée du maxillaire inférieur se rattachant, suivant toute vraisemblance à l'évolution défectueuse d'une dent de sagesse. Ces accidents dataient de ving-six mois. Ils avaient laissé des traces visibles; une cicatrice irrégulière se voyait chez cette jeune fille au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure à gauche. Il était absolument impossible d'écarter les incisives les unes des autres, même de deux ou trois millimètres.

Comme la muqueuse de la joue était tout à fait intacte et qu'elle semblait seulement adhérer un peu au bord antérieur de la branche montante, je pensai qu'il suffirait sans doute de détacher largement les insertions inférieures du masséter pour obtenir l'écartement des mâchoires. Après avoir fait une incision le long du bord de la mâchoire inférieure depuis l'angle jusqu'au bord antérieur du masséter, sans couper l'artère ni la veine faciale, je détachai le muscle aussi haut que possible au moyen d'une rugine droite. Après ce premier temps de l'opération je constatai que les adhérences de la muqueuse buccale avec le bord antérieur de la branche montante s'opposaient à l'écartement des machoires. Alors, au moyen d'une rugine très courbe, je détachai ces adhérences en contournant de très près le rebord osseux et je libérai ainsi entièrement la muqueuse. Un léger effort exercé sur les incisives inférieures, puis sur les molaires eut pour conséquence la mobilisation immédiate de l'articulation temporo-maxillaire, la mâchoire inférieure put de suite s'éloigner de la supérieure de plus de trois centimètres.

Pour maintenir l'écartement, je plaçai le baillon unilatéral de Mathieu entre les molaires du côté sain, avec l'intention de le laisser à demeure pendant plusieurs jours, afin de permettre au masséter de contracter de nouvelles adhérences avec le maxillaire inférieur dans un point correspondant au milieu de la face externe de sa branche montante; je complétai l'opération en *désinsérant le ptérygoïdien interne* jusqu'à deux centimètres environ de l'angle de la mâchoire.

Un petit drain fut introduit dans la partie inférieure de la plaie; le reste fut pansé à plat, sans suture, parce que, pour réunir les téguments, il eût fallu ramener par en bas, en même temps qu'eux, l'extrémité inférieure du masséter qui leur adhérait.

Les suites de l'opération répondirent à ce que j'en espérais. Après une huitaine de jours, le baillon fut remplacé par un coin en bois de chêne que la malade enlevait à volonté pour boire et manger.

Elle a quitté l'hôpital Necker une vingtaine de jours après l'opération, dans une situation très satisfaisante; mais comme il y a lieu de se méfier de la rétraction cicatricielle et de la reproduction des adhérences entre la muqueuse et l'os, je lui ai recommandé de s'introduire pendant très longtemps et à plusieurs reprises chaque jour le coin de bois dont elle s'etait servi avec profit pendant la cicatrisation de la plaie. La dernière fois que je l'ai vue (c'était le 6 de ce mois) elle écartait la mâchoire inférieure de la supérieure avec la plus grande facilité; l'ouverture de la bouche était en avant de 2 centimètres et demi.

Je ne doute pas qu'avec un peu de persistance dans l'emploi du coin, l'opéré puisse aisément obtenir un résultat encore plus complet.

Le procédé qui précède ne peut évidemment trouver d'application que dans certains cas déterminés. Il va sans dire qu'il ne peut réussir qu'à la condition que le muscle temporal soit hors de cause; c'est seulement lorsque la constriction des mâchoires est due à la rétraction isolée du masséter ou simultanée du masséter et du ptérygoïdien interne que ce mode d'intervention est justifiable, mais on devra toujours s'attendre à être obligé d'agir également sur les adhérences de la muqueuse buccale avec la branche montante du maxillaire. A ce prix seulement l'opération est complète.

S'il existait des brides cicatricielles résultant de la destruction de la muqueuse elle-même, toute opération qui ne s'attaquerait qu'aux muscles rétractés serait à coup sûr inutile.

Je pense donc qu'il faut réserver le procédé que je viens de décrire pour les cas relativement simples où la cause de la constriction réside exclusivement dans la rétraction inflammatoire des muscles masséters et ptérygoïdiens internes.

Présentation de malade.

M. Moty présente un malade auquel il a pratiqué la résection du genou. Il a laissé les fils métalliques et a obtenu une bonne soudure des surfaces en contact.

Le malade est affecté actuellement d'une double épididymite tuberculeuse.

Présentation de pièce.

M. Bazy présente un embryon qu'il a extrait de l'abdomen d'une jeune femme à la suite d'une laparotomie pour hématocèle péri-utérine.

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans que j'avais vue au printemps dernier pour une salpingo-ovarite double. Celle-ci avait été améliorée et on peut dire guérie par le repos, les révulsifs et les irrigations chaudes.

Il y a dix jours j'ai été appelé de nouveau auprès d'elle, et j'ai constaté l'existence d'une tumeur volumineuse partant du petit bassin, sensible par le toucher vaginal dans le cul-de-sac gauche et postérieur et repoussant l'utérus en avant et à droite. Cette tumeur se montrait tout près de l'ombilic, ne dépassant pas la ligne médiane et occupant toute la région hypogastrique et iliaque gauche.

Cette tumeur s'était développée dans les circonstances suivantes :

Elle était partie pour la campagne, y était restée deux mois; elle était rentrée très bien portante, elle avait vu ses règles disparaître deux mois de suite : elle était allée consulter dans un hôpital où elle a été touchée, dit-elle, par sept ou huit personnes. Elle avait souffert.

Rentrée chez elle, elle avait eu une métrorrhagie abondante, et peu à peu s'était développée dans le côté gauche du ventre une tumeur qui avait grossi peu à peu et avait acquis le volume actuel dans l'espace de quinze jours. Depuis ce moment, elle continuait à perdre son sang goutte à goutte; elle a de la fièvre et s'affaiblit. Dans ces conditions, je n'hésite pas à proposer la laparotomie qui est acceptée immédiatement par la malade, et son mari la fait entrer à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Th. Anger, qui veut bien me permettre de l'opérer et m'assister dans cette opération. La température de la malade, la veille et l'avant-veille, était de 38°,3 et 38°,5.

L'opération s'est faite samedi dernier 10 janvier.

Toutes les précautions antiseptiques prises, je fis une incision de 7 centimètres environ sur la ligne blanche.

Arrivé sur le péritoine, je trouve l'épiploon épaissi et infiltré de sang. Je l'écarte et vois immédiatement une masse grisâtre fusiforme transversalement étendue, que le toucher me montre adhérente d'une part à l'utérus et de l'autre au détroit supérieur. Cette masse dans sa partie la plus large mesure 5 centimètres environ, elle est fluctuante; c'est évidemment la trompe distendue. Je la ponctionne avec le gros trocart de l'appareil Potain. Il sort un liquide rougeâtre, un peu trouble.

Je la dégage en avant et je tombe sur une masse considérable de caillots noirs que j'enlève avec les doigts et, en les enlevant, je m'aperçois que, sans effort, j'ai pu passer mon doigt au-dessous de la trompe. A ce moment il vient du sang rouge en certaine quantité. Je passe un fil de soie double au-dessous de la trompe et je la lie en dedans et en

dehors. Cette hémorrhagie s'arrête. J'enlève encore des caillots avec les doigts et par le lavage à l'eau bouillie chaude.

A un moment, je vois apparaître, surnageant entre les bords de l'incision, le petit embryon que voici et qui paraît être un embryon de deux mois, très bien conservé : je refais le pédicule externe de la trompe qui tenait mal. Je place un double fil entrecroisé tout à fait contre les parois du bassin. J'achève la toilette du péritoine, et fais un drainage Mikulicz avec de la gaze aseptique simple.

Je referme dans les autres points mon incision par une couture à étages.

Aujourd'hui, quatre jours après l'opération, la malade va aussi bien que lui permet son état de faiblesse qui est tel que je me suis demandé si je ne lui ferais pas l'injection hypodermique d'eau salée.

Tout suintement sanguin par la vulve a disparu.

Voici comment on peut interpréter les accidents :

Cette femme était enceinte au moment où elle est allée consulter à l'hôpital : elle avait probablement une grossesse tubaire. Sous l'influence des manipulations la trompe, déjà altérée par l'inflammation antérieure, a été rompue d'où l'hémorrhagie qui s'est traduite par l'écoulement vaginal d'abord abondant et ensuite plus lent et plus rare : cette hémorrhagie continuant, la tumeur a augmenté peu à peu, en même temps se sont montrés des accidents septiques qui, avec l'augmentation de volume de la tumeur constatée par le médecin traitant, justifiaient et commandaient l'intervention.

Cette observation prêterait encore à d'autres considérations. On peut constater, par exemple, ici la guérison ou du moins la quasi guérison d'une salpingite double, qui a permis la fécondation, ce qui prouve qu'il ne faut pas se hâter d'ouvrir le ventre des malades qui ont des lésions des ovaires. Et cependant, chez cette malade, quand je l'ai vue au printemps dernier, les phénomènes locaux paraissaient assez graves pour tenter un bistouri plus prompt que le mien. L'événement a prouvé que je n'avais pas eu tort de m'abstenir. On peut se demander si cette salpingite antérieure n'a pas favorisé le développement de la grossesse tubaire en empêchant la progression de l'ovule du côté de l'utérus. C'est une question à se poser et à revoir. Je ne serais pas surpris qu'elle fût résolue par la négative, attendu que l'on voit des femmes autrefois atteintes de salpingite qui ont pu avoir une grossesse normale.

Enfin, une dernière considération : c'est qu'il est possible que les altérations primitives des trompes en produisent la rupture, quoique celle-ci puisse se produire dans des trompes normales ou supposées telles.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
A.-H. Marchand.

Séance du 21 janvier 1891.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un volume publié à la mémoire de Vanzetti (de Padoue) ;

3° Une lettre annonçant la mort de M. Borelli (de Turin), membre correspondant de la Société de chirurgie depuis 1852.

Rapport.

Sur un travail du Dr Schmit, intitulé : *Étude sur un cas de gangrène de la jambe consécutive à un érysipèle de la face.*

Rapport par le Dr Paul Reynier.

Messieurs, M. le Dr Schmit, qui vous a déjà fait plusieurs communications intéressantes, est venu dernièrement lire devant vous une observation d'érysipèle de la face, suivi d'accidents infectieux heureusement rares, et entre autres d'une gangrène de la jambe, qui nécessita l'amputation.

Cette observation peut se résumer rapidement. Il s'agissait d'un jeune soldat qui, le 16 novembre, fut atteint d'érysipèle de la face, paraissant au début devoir évoluer normalement. Six jours après l'apparition de cet érysipèle, le malade était pris de diarrhée intense, évidemment de nature infectieuse, qui fut arrêtée difficilement. Quelque temps après, le 25 novembre, survenait un adéno-phlegmon sous-maxillaire qu'on ouvrit. Il entrait en convalescence, quand le 18 décembre, dans la nuit, il fut pris, sans cause connue et appréciable, d'une douleur très vive dans la jambe droite, d'engourdissements et de crampes. Le lendemain, on constatait la

pâleur de la peau de la jambe, une diminution de la température, l'insensibilité du membre.

Les battements artériels perçus dans toute la portion accessible de la fémorale n'existaient plus dans la poplitée, et dans la pédieuse.

Deux jours après le début de ces accidents apparaissaient des marbrures, des phlyctènes, et tous les symptômes de la gangrène confirmée.

Un sillon de séparation se produisait peu à peu entre les parties sphacélées et les parties saines, sillon qui était distant à la partie externe de 6 centimètres et demi, et de 10 centimètres à la partie interne d'une ligne horizontale rasant la pointe de la rotule.

C'est dans ces conditions que M. Schmit trouva le malade, et fut chargé de lui donner ses soins. A l'auscultation du cœur on constatait un bruit de souffle systolique, se propageant le long du bord droit du sternum, et dont le maximum était au niveau de l'orifice aortique ; mais l'état général était bon, et il n'y avait pas de fièvre.

M. Schmit crut devoir intervenir et débarrasser le membre des parties sphacélées.

Après avoir discuté s'il devait faire l'amputation de la cuisse, il préféra utiliser sous forme de lambeau ce qui restait des parties de la jambe épargnées par la gangrène, et sectionner le tibia au niveau de la tubérosité antérieure. Il faisait, en un mot, cette opération mal réglée, opération de nécessité, qui s'appelle l'opération de Larrey, dans laquelle le choix des lambeaux n'est fixé que par l'état des parties molles que le traumatisme a respectées, et qui est basée sur la possibilité d'avoir un moignon utilisable, en sectionnant le tibia au-dessus du lieu d'élection.

La bande d'Esmark étant mise, il sépara les parties saines des parties sphacélées au moyen d'une incision en forme de raquette dont la branche verticale, de 2 centimètres de long, était sur le tibia, commençant sur la tubérosité antérieure, tandis que l'ellipse de la raquette entourait la jambe, passant à la limite extrême des tissus sains et des tissus sphacélés, étant à 1 centimètre au-dessus du sillon de séparation.

Il trouva l'artère poplitée oblitérée par un caillot de 3 centimètres de longueur. Le caillot se prolongeait du côté de la fémorale, et M. Schmit le retira avant de poser la ligature sur le vaisseau.

Il ferma la plaie au moyen de sutures superficielles faites au crin de Florence, sans faire de sutures profondes, plaçant deux drains sortant par les deux angles du moignon, et recouvrit le tout avec un pansement fait avec la gaze au sublimé, et la ouate antiseptique.

Bien qu'il eût, nous dit-il, pris toutes les précautions antisep-

tiques, la plaie suppura un peu. Cette suppuration paraît avoir été le point de départ de nouveaux accidents infectieux. Sept jours en effet après l'opération, la température monta, et le malade accusait un violent point de côté, du côté droit, en même temps que son facies prenait une teinte ictérique. L'auscultation révéla à ce moment les signes d'une broncho-pneumonie droite. Quatre jours après, une nouvelle élévation de température se produisait, et le poumon gauche se prenait comme le poumon droit. Le malade, toutefois, paraissait se remettre de ces accidents, et entrer en convalescence, lorsque vingt-quatre jours après le début des premiers accidents pulmonaires, il fut repris de point de côté, et présenta à gauche les symptômes d'une pleurésie, qui devint bientôt purulente. Dans la journée du 31 janvier 1890, le malade eut une vomique d'un litre et demi de pus, à la suite de laquelle la température baissa.

Là finit la liste des accidents qui avaient atteint ce malade. A partir de sa vomique, il commença à aller mieux, et le 15 mars il se levait, après avoir gardé pour un érysipèle de la face quatre mois le lit.

Le moignon obtenu par M. Schmit était régulier, non douloureux, à cicatrice terminale, offrant au pilon une base de sustentation de 12 centimètres, mesuré de la rotule à l'extrémité du moignon. Le genou était à angle droit, pouvant rendre par conséquent les meilleurs services au mutilé, et la prothèse facile.

M. Schmit se félicite donc du résultat obtenu, et s'applaudit de n'avoir pas cédé à la tentation de faire l'amputation de la cuisse, qui aurait évidemment laissé un membre moins utile pour le malade.

Sur ce point, nous sommes absolument de l'avis de M. Schmit, et aujourd'hui que le malade est guéri, nous sommes heureux qu'il ait un moignon d'amputation de jambe, plutôt qu'un moignon d'amputation de cuisse.

Mais si nous examinons le malade au moment où M. Schmit dut intervenir, nous pouvons nous demander si sa conduite était très prudente, et si, en pareille circonstance, nous devrions l'imiter.

Toutefois disons de suite que nous n'avons pas, dans les quelques observations qui vont suivre, l'intention de critiquer la conduite de M. Schmit, mais seulement d'examiner quelle doit être la meilleure intervention dans ces cas très embarrassants.

En amputant presque au niveau du sillon de séparation des parties saines avec les parties malades, il risquait d'avoir une plaie infectée, et il était peu présumable qu'il réussirait à l'aseptiser. En s'éloignant plus du foyer de la gangrène, il aurait peut-

être pu éviter cette suppuration, qui probablement a été le point de départ des nouveaux accidents qu'a présentés le malade ; et dans le même ordre d'idées, tout en faisant l'opération ainsi qu'il l'avait conçue, il aurait peut-être mieux valu ne pas fermer la plaie, et faire un pansement ouvert, ainsi que l'a conseillé M. Verneuil en pareille circonstance.

Enfin, en opérant aussi près, il risquait d'avoir des lambeaux mal nourris ; l'absence de battements dans la poplitée, au-dessus du sillon de séparation, pouvait faire craindre que la vitalité des tissus avoisinant le sillon de séparation ne fût assez précaire, et que le traumatisme chirurgical ne déterminât la mortification de lambeaux, dont la circulation devait être très réduite.

La gangrène qu'observait M. Schmit rentrait en effet, comme il le fait remarquer, dans la catégorie de ces gangrènes infectieuses provoquées par l'introduction des microbes pathogènes dans la circulation.

Les recherches de Ponfick et Guarneri, citées dans la thèse de Denucé, ont expérimentalement démontré le mécanisme de ces gangrènes. L'injection du streptocoque de l'érysipèle dans le sang des animaux produit des endocardites avec coagulations cardiaques et des altérations des endothéliums des vaisseaux.

C'est par le même mécanisme qu'on explique les gangrènes naissant dans d'autres états infectieux, tels que la fièvre thyphoïde, ou la grippe, ou le rhumatisme infectieux, ainsi que cette année j'en ai fait publier une observation recueillie par un de mes internes, M. Wassilieff.

Notamment pour la fièvre typhoïde, MM. Gilbert et Lyon (*Archives de médecine*, 1890) ont provoqué, comme M. Ponfick, avec le bacile d'Eberth injecté dans le sang d'animaux, des endocardites et des andartérites infectieuses.

On était donc en droit de craindre que la gangrène observée fût due à une endartérite et non pas seulement à une embolie partie du cœur, comme le pouvait faire penser le bruit de souffle qu'on entendait dans la région cardiaque, et comme semble l'avoir prouvé l'autopsie du membre.

Le diagnostic est, dans ce cas, très difficile, si ce n'est impossible à faire. On n'a qu'à relire ce qui a été dit sur les gangrènes consécutives à une fièvre typhoïde pour voir combien est délicat ce diagostic, qui souvent n'est fait qu'à l'autopsie.

On pouvait donc craindre que les vaisseaux au niveau de la poplitée oblitérée ne fussent plus ou moins atteints, et que sous l'influence du traumatisme, des injections antiseptiques, des coagula trop étendus ne se formassent dans ces vaisseaux.

Il semble donc qu'il soit plus prudent, dans ces conditions, de

s'éloigner le plus possible du lieu de la gangrène, bien que je reconnaisse que dans les gangrènes produites par endartérite, cette précaution est encore insuffisante, car le plus souvent l'endartérite est généralisée.

Cette année, dans un cas de gangrène du pied produite par endartérite rattachée à un rhumatisme infectieux, je crus, en sectionnant la jambe au niveau du lieu d'élection, m'éloigner suffisamment des parties lésées; j'eus le tort de mettre une bande d'Esmark; lorsqu'on enleva la bande, le moignon ne saigna presque pas; nous mîmes les ligatures sur les vaisseaux que les notions d'anatomie nous indiquaient, plus encore que le sang qui s'écoulait par les ouvertures. Le soir même, le malade avait une élévation de température, et le lendemain nous trouvions les lambeaux gangrenés.

Je cite cette observation pour montrer les dangers des opérations dans les cas d'endartérite, et surtout le danger qu'il y a de se servir dans ces cas de la bande d'Esmark. Pour mon malade, je ne doute pas que l'application de cette bande ait été la cause de l'ischemie du champ opératoire, l'opération finie, et la bande enlevée; elle a favorisé des oblitérations dans un certain nombre d'artères malades, oblitérations que nous avons reconnues d'ailleurs à l'autopsie.

Il me paraît donc indiqué de proscrire l'emploi de la bande d'Esmark dans ces gangrènes infectieuses, et de recourir pour l'hémostase à la simple compression du membre.

Ces quelques remarques faites au sujet de l'observation de M. Schmit, nous croyons devoir toutefois le remercier du travail intéressant qu'il nous a lu, et de nous avoir fait connaître cette observation de gangrène érysipélateuse, car les faits de ce genre sont rares. Bien que tous les auteurs qui se sont occupés de la question de l'érysipèle aient noté la fréquence des endocardites et des artérites, cependant M. Schmit n'a pu trouver qu'un cas de gangrène des jambes par oblitération de l'aorte abdominale, cité par Denucé et rapporté par Tutschek, et une observation de Dieu d'aphasie consécutive à l'érysipèle de la face, dans laquelle une embolie a été très probablement l'origine de la lésion cérébrale.

Nous vous proposons donc de remercier M. Schmit de son travail, de le faire déposer aux Archives et de vouloir bien inscrire M. Schmit dans un rang honorable, au nombre des candidats au titre de membre correspondant de votre Société.

Discussion.

M. Reclus pense que dans les gangrènes traumatiqnes graves et

dans les gangrènes spontanées limitées, il faut se contenter « d'embaumer » le membre, et, plus tard, lorsque les lambeaux se sont formés d'eux-mêmes, scier l'os, et les résultats sont excellents. Il se réserve, du reste, d'apporter à la prochaine séance des observations pour appuyer cette doctrine.

M. Quénu. Il ne convient point de confondre les interventions nécessitées par les traumatismes graves et les gangrènes. Les conditions sont très différentes, en effet, puisque dans le premier cas il n'existe ni putréfaction ni infection des parties sur lesquelles porte l'acte opératoire.

Dans les gangrènes humides, celles qui succèdent à des fièvres infectieuses, la temporisation est souvent impossible. C'est ainsi que j'ai dû amputer la cuisse chez un jeune homme de 18 ans, présentant un sphacèle étendu consécutif à une artérite infectieuse, consécutive elle-même à une fièvre typhoïde. Dès le soir, la température était descendue à 37 degrés. Le sixième jour, la réunion était complète.

J'insiste donc sur les différences qu'il convient d'établir entre les gangrènes avec putréfaction et celles dans lesquelles cette altération des tissus ne s'est pas encore développée.

M. Routier. J'ai vu un vieux nègre qui, à la suite d'une embolie des deux fémorales, avait eu une gangrène des deux pieds. Je dus faire une amputation atypique double. Je détachai le périoste, relevai les parties molles et sectionnai les os. La bande d'Esmarck fut inutile, car il ne s'écoula qu'une quantité insignifiante de sang. Il guérit bien et succomba deux ans après. L'autopsie fit constater, en dehors d'un rétrécissement général de tout l'arbre artériel, une oblitération complète des deux fémorales. La circulation s'etait rétablie au moyen de l'artère hypogastrique. Dans un cas de carbonisation complète du coude, avec gangrène de l'avant-bras, je fis l'embaumement de cette partie. Ultérieurement je pratiquai une amputation intra-deltoïdienne en sectionnant les os et relevant les parties molles. Le résultat fut parfait.

M. Reclus. Je suis de l'avis de M. Quénu pour les gangrènes limitées. Dans un cas de gangrène traumatique, je dus séparer d'abord les parties sphacélées de celles qui étaient restées vivantes, à l'aide du thermocautère. J'amputai ultérieurement et obtins un bon moignon.

M. Berger. J'ai suivi exactement, au début de ma pratique, la doctrine des auteurs du Compendium, c'est-à-dire que je me gardais bien d'intervenir dans les gangrènes sèches et laissais à la nature le soin d'éliminer les parties atteintes. Je dois avouer, du

reste, que dans quelques cas où la forme humide de la gangrène m'avait forcé la main, j'eus de fâcheux résultats en général.

Depuis, dans un cas de gangrène consécutive à une endartérite de cause indéterminée, chez un jeune sujet, j'ai momifié le membre sphacélé au moyen de compresses d'alcool et de l'iodoforme. Lorsque le sillon de séparation se fut produit, je relevai les parties molles après les avoir détachées au moyen de la rugine; je sectionnai les os et obtins une guérison.

J'ai observé un malade qui, à la suite de gangrène sèche limitée, fut amputé par M. Verneuil de deux orteils. L'année suivante, je dus, du côté opposé et pour des accidents semblables, pratiquer une opération analogue et qui fut également suivie de succès.

Cette année même, de nouveaux accidents, douloureux d'abord, puis sphacéliques, se montrèrent sur le pied primitivement amputé.

La gangrène, cette fois, envahit la partie inférieure de la jambe et eut pendant un mois une marche progressivement envahissante.

M. Périer crut nonobstant devoir pratiquer l'amputation de la jambe au lieu d'élection, qu'il exécuta par la méthode de Soupart.

Le malade est actuellement guéri de cette nouvelle intervention, malgré les craintes qu'elle avait inspirées.

L'examen anatomique du membre ne révéla ni lésions vasculaires ni lésions nerveuses.

L'expectation est permise, en résumé, si l'état général est favorable, et dans les formes sèches ou momifiables. Autrement l'expérience prouve que l'on peut amputer avec succès au voisinage même des régions frappées par le sphacèle.

M. Championnière. Je pense, comme M. Reclus, que la temporisation est parfois autorisée; j'ai obtenu ainsi quelques bons résultats.

Dans d'autres cas, les malades échapperaient si on les soumettait à une intervention rapide. Il est douteux même que la gangrène se doive limiter toujours.

Il ne convient point, d'autre part, d'établir une comparaison entre la gangrène sénile et les gangrènes traumatiques. Dans ces dernières, c'est surtout la propagation des accidents septiques qui est à redouter.

Il n'y a donc point, en réalité, une opposition formelle entre les opérations de MM. Reclus et Quénu, que certains faits intermédiaires rapprochent par divers points.

M. Bazy. J'ai pratiqué l'embaumement de M. Reclus chez un homme atteint d'écrasement du pied. Ultérieurement je pratiquai une amputation sous-astragalienne qui a fort bien guéri.

Dans le cas suivant, qui est un exemple de gangrène infectieuse, la temporisation, aidée de l'embaumement, m'a donné un excellent résultat, d'autant que je ne voyais pas la possibilité de faire une amputation en plein foyer érysipélateux.

Gangrène infectieuse. Érysipèle. Amputation. Guérison.

Le nommé Lesueur (Jules), âgé de 26 ans, vidangeur, est entré à l'hôpital Beaujon le 18 novembre 1890, salle Gosselin, n° 3.

Le jour de son entrée à l'hôpital, Lesueur a été renversé par sa voiture; une tinette en tombant lui a broyé la jambe gauche et le gros orteil du pied gauche.

A son arrivée à l'hôpital, on constate une fracture de jambe compliquée, dont le foyer est infecté par de la matière fécale. Le membre tout entier est lavé à grande eau, la plaie nettoyée le mieux possible et plusieurs fragments osseux sont enlevés. La plaie est pansée avec de la gaze iodoformée, et le membre tout entier est maintenu dans une gouttière ouatée. T. le soir, 38°,4.

29 *novembre*, T. le matin, 38°,5; le soir, 39°.

30 *novembre*, T. le matin, 38°,6. On a enlevé le premier pansement. Le foyer de la fracture est devenu le siège d'une gangrène à odeur infecte; la peau est sphacélée dans une étendue de plus de 15 centimètres. Il y a de la crépitation gazeuse remontant bien au-dessus du genou.

On constate aussi une rougeur d'apparence bronzée sur le bord externe de la jambe. Cette rougeur s'étend sur la cuisse jusqu'à sa racine et ne s'efface pas sous la pression du doigt; elle se termine par un liséré. Par la plaie s'échappe en grande quantité un pus infect, mal lié, qui stagne dans la région postérieure de la jambe.

Plusieurs débridements et contre-ouvertures sont faits au bistouri; l'élimination des séquestres est facilitée; le foyer de la fracture est de nouveau lavé avec de l'eau phéniquée forte; la plaie, après avoir été soigneusement tamponnée, est drainée avec de grosses mèches de gaze aseptique.

Des injections interstitielles d'huile créosotée au dixième sont faites dans l'épaisseur des tissus sphacélés, et contre la rougeur érysipélateuse on institue des pulvérisations de sublimé dans l'éther à un centième. Les fragments sont maintenus réduits aussi bien que possible par un tampon d'ouate, et le membre tout entier baigne dans un pansement humide. T. le soir, 39°.

22 *novembre*. Le malade éprouve du solagement, il n'a que 37°,4.

Le pansement est défait et on s'aperçoit que la gangrène est manifeste; le muscle a pris une couleur verdâtre, la peau se détache par lambeaux, un pus horriblement fetide s'échappe de la plaie.

Enfin, la rougeur érysipélateuse de la veille a pris une teinte très nettement bronzée et a envahi le tronc. L'abattement du malade est très grand ; il est épuisé depuis le matin par une diarrhée très intense.

Les pulvérisations sublimées sont reprises, 4 grammes de salicylate de bismuth en potion.

Le soir, la température monte à 39°,4. Le pansement très souillé est renouvelé; les mèches de gaze sont remplacées et de nouvelles injections d'huile créosotée sont poussées dans les tissus sphacélés. Après le pansement, le blessé se sent soulagé.

Dans la nuit, deux autres pansements sont faits. La plaie est lavée jusqu'à ce que l'eau phéniquée faible ressorte claire ; ces foyers de suppuration sont frottés avec des tampons de gaze iodoformée, puis drainés avec des mèches aseptiques.

23 *novembre*, T. le matin, 38°,4. Le malade se trouve mieux, les frissons ne se sont pas reproduits et la diarrhée a cessé. L'érysipèle ne s'est pas étendu plus loin, la rougeur semble même abandonner le tronc; mais le foyer de la fracture est toujours le siège d'une suppuration très abondante dont l'odeur est cependant beaucoup moins infecte; les tissus gangrenés semblent momifiés. Même traitement.

Le soir, la température ne dépasse pas 38°,4. Le pansement est renouvelé ainsi que dans la nuit.

24 *novembre,* T. 37°,6. Grande amélioration, l'état général est très satisfaisant.

L'odeur de gangrène a complètement disparu et la rougeur tend à s'effacer; elle a maintenant abandonné le tronc. Les pulvérisations d'éther sublimé, qui sont devenues douloureuses par la perte de lambeaux d'épiderme, sont remplacées par des pulvérisations d'eau phéniquée faible.

Le pansement est encore renouvelé deux autres fois; de cette façon, on empêche le pus de baigner les tissus. T. le soir, 38°.

25 *novembre*, T. 36°,8. La suppuration est presque tarie, les injections d'huile créosotée sont cependant continuées. On cesse les pulvérisations; la rougeur disparaît peu à peu. T. le soir, 37°,4.

26 *novembre*, T. 37°. La plaie commence à bourgeonner. Un seul pansement dans les vingt-qutre heures est maintenant nécessaire. L'usage de l'huile créosotée est supprimé.

30 *novembre*. Une tentative de régularisation des fragments est faite; mais leur maintien rencontre les plus grandes difficultés. La température va maintenant osciller entre 37 et 38°, la plaie ne suppure presque plus.

10 *décembre*. La conservation de la jambe est reconnue impossible.

Amputation de la cuisse au tiers moyen. Sutures profondes et superficielles au catgut; pas de drain. T. le soir, 37°,5.

11 *décembre*, T., 37°,6 et 37°,5.

12 *décembre*, T. le matin, 37°,2; le soir, 37°,6.

13 *décembre*, T. le matin, 37°; le soir, 38°,2.

18 *décembre*. Premier pansement; la plaie s'est complètement réunie par première intention... Le malade sort de l'hôpital le 25 janvier 1891.

Enfin, dans le service de M. Peyrot, je dus amputer d'urgence

un malade affecté de gangrène embolique avec production de gaz dans les tissus. J'amputai la cuisse et laissai la plaie ouverte. Le malade guérit sans complications. Les cultures pratiquées avec les liquides putrides restèrent négatives. Voici, du reste, l'observation complète :

Gangrène de la jambe. Gaz développés au niveau de la cuisse. Amputation. Guérison. Cultures négatives. (Observation recueillie par M. Renault.)

Le nommé Ittel, âgé de 57 ans, est entré à l'hôpital Lariboisière le 3 mai 1890, salle Nélaton, nº 8.

Strabisme interne depuis cinq ans. L'œil gauche ne voit rien depuis plusieurs années. Paupières un peu tombantes. Hypertrophie prostatique. Athéromateux. Cachexie; muguet buccal très abondant. Rétention complète d'urine. Accidents vésicaux datant d'une huitaine de jours. Vessie à l'ombilic.

Il y a deux mois, il a senti en marchant que son pied devenait froid; puis le froid a persisté même au lit. Pas de plaie ni de blessure de la jambe d'aucune sorte.

Il y a quinze jours, il a manqué de tomber, la jambe droite pliant sous lui; pourtant celle-ci était encore pareille à l'autre comme aspect.

L'apparition de la teinte noirâtre date de douze jours; elle remonte peu à peu du pied jusqu'au genou.

Le malade dit avoir eu de la fièvre.

Le 3 mai, au soir, la jambe droite est totalement noire et légèrement œdématiee jusqu'au-dessus du genou. A la cuisse, on sent nettement de la crépitation gazeuse.

M. Bazy pratique le soir même l'amputation au tiers moyen, au niveau des tissus infiltrés de gaz, et ne fait pas de réunion en raison de l'état des tissus. Pansement au salol et gaze salolée. Sonde en caoutchouc rouge nº 16 à demeure. T., 38°,2.

Le 4 mai au matin, pansement; écoulement de sérosité abondante. Pas de température. Rétention d'urine. Muguet buccal. N'a pas mangé, dit-il, depuis dix jours.

M. Netter prélève sur le tissu cellulaire du membre amputé des fragments destinés à l'examen bactériologique. La crépitation gazeuse existe encore.

5 *mai.* Assez bon état malgré le muguet. Appétit. Cystite purulente avec quelque gouttes de sang. Le pansement n'a pas suinté.

10 *mai.* Lavages vésicaux; plus de muguet. La plaie bourgeonne.

19 *mai.* Quelques points de suture sur les deux lambeaux, pour les ramener vers l'os, qui fait une saillie notable.

2 *juin.* Passage à la salle Voillemier, nº 25.

5 *juin.* L'état général est meilleur. Le malade urine bien. Légère saillie du fémur au delà de la plaie.

L'appétit est bon.

9 *juin.* Le fémur bourgeonne notablement, mais fait encore issue hors des lambeaux. Bon état général.

Les inoculations faites avec des fragments de tissu cellulaire n'ont pas infecté les animaux. Les ensemencements, faits avec d'autres fragments dans de la gélatine primitivement chauffée et liquéfiée, sont restés stériles, excepté un tube dans lequel on trouva quelques bâtonnets analogues au vibrion septique.

M. Quénu. Je m'élève contre la confusion que l'on semble établir entre les gangrènes spontanées et les traumatiques. Encore faut-il bien distinguer dans les premières les formes sèches et les formes humides. C'est pour ces dernières que j'ai proposé l'intervention rapide.

La gangrène traumatique foudroyante est et doit rester hors de cause dans la discussion actuelle.

M. Verneuil. Il est impossible d'établir des lois générales s'adaptant aux indications que peuvent offrir ces faits dissemblables.

Il y aurait grand intérêt à établir des catégories déterminées.

La gangrène traumatique est ou bien anémique, ou bien infectieuse, cette dernière forme se développant deux ou trois jours après le traumatisme, et à l'occasion fort souvent des souillures qui ont infecté la plaie.

Les gangrènes vasculaires sont ou d'origine embolique, ou causées par l'artérite. Cette dernière peut être simple ou toxique, comme celles causées par le sucre, l'alcool.

La temporisation est parfois impossible ; j'ai dû pratiquer des amputations en pleine gangrène, en plein érysipèle. Je laissais la plaie ouverte et, grâce au spray phéniqué, j'ai obtenu des guérisons.

Je me suis servi parfois du thermocautère chez des individus âgés. Chez un jeune homme même, après avoir conjuré les graves accidents septiques primitifs par des bains phéniqués, j'ai amputé au thermocautère.

Dans les gangrènes traumatiques infectieuses, il faut agir rapidement. Il faut tenir très grand compte de l'âge des malades et de leur état général dans les gangrènes emboliques ou consécutives à l'artérite. Passé 60 ans, toute intervention me semble inutile.

Un malade chez lequel un grave traumatisme avait ouvert l'articulation radio-carpienne, et dont le foyer traumatique avait été souillé par de la terre, succomba quelques jours après une amputation de l'avant-bras, que j'avais cru devoir pratiquer pour les accidents phlegmoneux graves qui étaient rapidement survenus.

Élections.

Élection pour la nomination à cinq places de correspondants étrangers.

Ont été élus :

MM. Mac-Ewen	22 voix.
Kümmer	21 —
De Mooy	20 —
Jamieson	20 —
Romiceanu	20 —

Élection pour la nomination à six places de correspondants nationaux.

Ont été élus :

MM. Moty	20 voix.
Pousson	19 —
Chénieux	18 —
Claudot	16 —
Fontan	14 —
Poisson	14 —

Présentation de malade.

M. Picqué présente un malade auquel il a pratiqué la suture de la rotule.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

A.-H. Marchand.

Séance du 4 février 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de remerciements de M. de Moöy, nommé membre correspondant étranger;

3° Des lettres de remerciements de MM. Claudot, Moty, Fontan, Chénieux, Poisson et Pousson, nommés membres correspondants nationaux;

4° Une lettre de M. le préfet de la Seine, annonçant que la Société de chirurgie est autorisée à accepter le legs qui lui a été fait par le Dr Ricord;

5° Deux mémoires de chirurgie de M. Edmond Rose.

Installation du bureau pour l'année 1891.

M. Terrier, en prenant le fauteuil de la présidence, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers Collègues,

Je tiens à vous exprimer ma gratitude pour avoir bien voulu me maintenir cette année au poste que les absences forcées de mon excellent ami Nicaise m'ont fait occuper par intermittences pendant l'année 1890.

Nous appliquons, vous et moi, la méthode expérimentale. Vous me connaissez déjà comme président; de mon côté, j'ai éprouvé votre bonne volonté à me rendre la tâche agréable et facile. Aussi

dois-je vous remercier de l'appui que vous m'avez prêté jusqu'ici. Seulement... il y a un seulement.

Permettez-moi de vous dire que souvent nos discussions s'engagent trop à la hâte sur des sujets non prévus par les divers membres de la Société. Ceux-ci apportent à l'appui de leurs opinions des souvenirs un peu vagues, et nos entretiens s'égarent en des digressions qui parfois manquent d'autorité.

Le remède radical à cet ordre de choses serait d'adopter pour chaque séance un ordre du jour bien déterminé à l'avance et qui serait rigoureusement suivi ; mais c'est là un idéal que nous ne saurions atteindre. Je demanderai seulement aux auteurs des rapports et des communications de m'indiquer, en se faisant inscrire, le sujet du travail qu'ils se proposent d'apporter à la tribune. De cette façon, ceux de nos collègues qui voudront prendre part à la discussion pourront se préparer à l'avance et apporter des observations et des faits précis. Je pense que les débats de la Société de chirurgie gagneront à cette méthode beaucoup de précision et d'intérêt; aussi ai-je tenu à vous soumettre ce vœu en inaugurant ma présidence.

Communication.

Des voies de pénétration chirurgicale dans le médiastin postérieur,

Par MM. Quénu et Hartmann.

Nous avons pensé depuis longtemps déjà qu'il pouvait y avoir un certain intérêt à rechercher les moyens de pénétrer facilement dans le médiastin postérieur. Cette région est le siège assez fréquent d'une série d'affections graves, elle est traversée par des organes essentiels, susceptibles de dégénérescences diverses, inflammatoires ou néoplasiques ; or, jusqu'ici elle a échappé à l'action chirurgicale, en raison sans doute de sa profondeur et de la barrière pleuro-pulmonaire qui l'enclôt.

Il nous a semblé cependant que ces difficultés n'étaient pas insurmontables ; et bien que dépourvus encore de documents cliniques, nous espérons prouver, à l'aide de nos recherches sur le cadavre entreprises à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, qu'il est peu de sacrifices à faire pour arriver rapidement sur tout cet espace qui s'étend de la face postérieure du cœur à la face antérieure des corps vertébraux.

Nous devons reconnaître que dans ces études nous avons été

précédés par un médecin russe, M. Ivan Nosiloff[1], qui s'est préoccupé surtout de la résection intra-thoracique de l'œsophage.

Nous avions songé tout d'abord à nous rapprocher le plus près possible des vertèbres, et à couper les côtes près des apophyses transverses; nous avons bien vite reconnu que c'était là une mauvaise voie, en raison de la proéminence des corps vertébraux qui rejette l'aorte et l'œsophage trop en avant; il vaut infiniment mieux reporter son incision en dehors, la rapprocher du plan transversal qui raserait la paroi postérieure du médiastin : la meilleure est celle qui permet de couper les côtes au niveau de leur angle.

Pour ces motifs, nous conseillons de pratiquer une incision verticale de 15 centimètres sur l'angle des côtes, entre le bord spinal de l'omoplate et la colonne vertébrale, à environ 4 travers de doigts de l'épine vertébrale, la partie moyenne de l'incision correspondant à peu près à l'épine de l'omoplate, ou mieux siégeant un peu audessous. Il est possible, en rétractant en haut et en dedans le bord inférieur du trapèze, de ne sacrifier que quelques-unes de ces fibres. On traverse ensuite le rhomboïde et on arrive en dehors de la masse sacro-lombaire, à laquelle on n'a pas à toucher. Les côtes sont alors dénudées et réséquées dans l'étendue de 2 centimètres environ. Il suffit de cette minime résection portant sur trois côtes, pour permettre à la main, qui a décollé préalablement la plèvre pariétale, de pénétrer tout entière jusque dans le médiastin postérieur. Au lieu de sacrifier quelques centimètres de côtes, on aurait pu songer à faire une résection ostéoplastique, mais c'est là une complication inutile. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que, chemin faisant, l'hémostase aura été faite et que les trois artères intercostales correspondant aux côtes enlevées auront été liées.

La brèche ainsi pratiquée sur la paroi thoracique mesure, du bord inférieur de la deuxième côte au bord supérieur de la sixième, une longueur de 10 à 12 centimètres ; elle permet, les côtes étant rétractées en avant, de voir et d'explorer le hile du poumon, l'aorte et toute cette portion d'œsophage qui s'étend de la racine des bronches au diaphragme.

Si, au lieu de décoller la plèvre, on se résout à l'inciser et à ouvrir la cavité pleurale, on parvient aisément par l'incision préconisée par nous jusqu'au lobe supérieur du poumon et jusqu'au sommet de la cavité thoracique, bien plus aisément que par la résection de côtes faite sous la clavicule et recommandée dernié-

[1] IVAN NOSILOFF, Œsophagotomia et resectio œsophagi endothoracica (*Vratch* 1888, n° 25). Nous ne connaissons de ces recherches que la courte analyse publiée dans les *Annals of Surgery*, 1889, n'ayant pu nous procurer le mémoire lui-même.

rement en Allemagne pour l'ouverture des cavernes du sommet. Cette même voie enfin pourrait être utilisée pour ouvrir certaines collections interlobaires.

Nous ne nous sommes guère préoccupés jusqu'ici du côté de la poitrine qu'il est préférable de choisir. L'expérience nous a clairement appris qu'il est beaucoup plus facile d'aborder le médiastin postérieur et spécialement l'œsophage par le côté gauche que par le côté droit, et cela en dépit de la présence de l'aorte qui, appliquée immédiatement contre les corps vertébraux, ne gêne en aucune façon les manœuvres.

Cette facilité plus grande d'aborder l'œsophage par le côté gauche, bien que cet organe soit situé sur le côté droit de la colonne vertébrale, tient à une disposition anatomique de la plèvre de cette région. Cette disposition, nous ne l'avons vue décrite nulle part; elle n'est reproduite sur les figures que dans un seul ouvrage, l'Atlas de Braune, qui date de 1887[1]. En pratiquant des coupes du thorax sur un cadavre congelé, on s'aperçoit que, tandis que la plèvre gauche, après s'être à peine déprimée dans la rainure costo-aortique, se continue, pour ainsi dire, directement sur le médiastin postérieur; la plèvre droite, après avoir tapissé la région costale, s'insinue entre la colonne vertébrale et l'œsophage, dépasse la ligne médiane et va former contre la partie latérale droite de l'aorte thoracique un cul-de-sac voisin de la plèvre gauche; de là elle revient tapisser la face postérieure de l'œsophage et constitue alors seulement le feuillet droit du médiastin. Une disposition identique (les figures sont absolument superposables) s'observe sur des coupes en série de fœtus de souris à terme que nous a obligeamment prêtés M. le professeur Duval. M. le professeur Farabeuf connaissait, nous a-t-il dit, cette disposition de la plèvre droite par rapport à l'œsophage; il aurait même noté son accentuation sur certains thorax, tels que les thorax en carène.

Sur des coupes successives du thorax faites à des hauteurs différentes, nous avons reconnu que ce cul-de-sac diminue de profondeur à mesure qu'on se rapproche de la bifurcation de la trachée. De même, en ouvrant le thorax par les procédés habituels et en écartant le bord postérieur du poumon, on constate que le cul-de-sac rétro-œsophagien va en s'atténuant de bas en haut et qu'il est, pour ainsi dire, arrêté et commandé par la crosse que décrit près de son embouchure la grande veine azygos.

On conçoit aisément que, tandis que le décollement de la plèvre gauche conduit directement sur l'œsophage, celui de la plèvre droite mène en arrière de ce cul-de-sac contre la face antérieure

[1] W. Braune, *Topograph. Anat. Atlas*. 3e édit., 4e fasc., pl. XII. Leips., 1887.

des corps vertébraux et, si l'on continue le décollement, sur l'aorte thoracique [1].

Nous ne savons trop quelles pourront être les applications pratiques de ces recherches : *a priori* elles nous paraissent légitimer une intervention dans des cas de lésions des corps vertébraux, d'abcès du médiastin, de compressions des bronches ou de l'œsophage par certaines tumeurs ganglionnaires. Mais les données anatomiques nous paraissent surtout utilisables dans le traitement de certaines affections de l'œsophage et, en particulier, dans l'ablation des corps étrangers que l'on n'aurait pu extraire par les voies naturelles. On sait que la propulsion, conseillée dans de pareilles circonstances, n'est pas une manœuvre innocente, puisque Martin [2] avait noté 8 cas de mort sur 22 observations. Nous donnerions encore la préférence à l'œsophagotomie intra-thoracique sur l'opération de Richardson, qui consiste à ouvrir assez largement l'estomac pour y introduire la main tout entière, et guider ensuite par le doigt divers instruments d'extraction [3]. Par contre, nous n'espérons guère tirer grand profit de l'ouverture du médiastin dans le traitement du cancer de l'œsophage, à moins d'une limitation bien nette du néoplasme permettant, après résection, de rapprocher aisément les deux bouts et de les suturer. Pour les autres cas, nous avions recherché dans quelle mesure il serait possible, après résection d'une partie notable d'œsophage, d'amener les deux bouts à la plaie cutanée, de manière à obtenir une bouche œsophagienne, sans nul doute préférable à une bouche gastrique. Or, si le bout inférieur peut encore être mobilisé sans trop de dégâts, il n'en est pas de même du bout supérieur, et nous ne voyons pas trop la possibilité de l'abandonner à lui-même, ouvert ou ligaturé. C'est à la clinique, ai-je besoin de le répéter, de nous renseigner sur la valeur respective de ces différentes indications thérapeutiques, que nous n'avons fait qu'indiquer à titre d'hytpohèses.

[1] Ces rapports intimes de la plèvre droite et de l'œsophage expliquent très bien la prédominance des affections pleurales droites sur les gauches au cours des maladies de ce conduit, comme le fait avait été noté cliniquement par Béhier. Peut-être aussi donnent-ils la clef de certains symptômes, tels que la dysphagie, observés au cours de certaines inflammations pleurétiques.

[2] Cité par Duplay.

[3] M. Richardson, A case of gastrostomy ; digital exploration of the œsophagus and removal of plate of teeth ; recovery (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 16 décembre 1886). De ses recherches, Richardson conclut que l'œsophage peut dans toute sa longueur être exploré avec deux doigts, l'un introduit par l'œsophagotomie à la base du cou, l'autre par une gastrostomie.

Communication.

Sur la réunion par première intention des pertes de substance consécutives à l'ablation des tumeurs de la langue.

Par M. Berger.

Le but de cette communication est d'attirer l'attention sur une pratique que beaucoup d'entre vous ont probablement déjà adoptée, mais qui n'est mentionnée ni dans les ouvrages qui traitent des tumeurs de la langue et des opérations qui leur sont applicables, ni même dans les observations de cet ordre.

Je veux parler de la réunion par première intention de la surface laissée à découvert par l'ablation de tumeurs étendues de la langue. Ce n'est qu'il y a un an et demi que j'eus pour la première fois recours à ce complément de l'opération; si je n'ai pas tenté plus tôt d'obtenir la réunion, c'est que, pratiquant le plus souvent l'ablation de ces tumeurs avec l'anse galvanique ou le thermo-cautère, la nature même de la plaie me semblait proscrire l'emploi des sutures.

Il y a un peu plus d'un an, ayant enlevé plus de la moitié de la langue, après ligature préalable de l'artère linguale correspondante, pour un épithélioma qui s'étendait jusqu'au plancher buccal, j'eus l'idée, pour arrêter le suintement sanguin qui continuait à se faire, de réunir la perte de substance par une suture en surjet au catgut. Quoique l'opération eût été faite au thermocautère, je fus surpris de voir la réunion se faire par première intention dans la plus grande partie de cette vaste plaie.

Depuis lors, j'ai abandonné l'emploi de l'anse galvanique et du thermocautère dans l'ablation de ces tumeurs; je les enlève avec des ciseaux, après avoir lié l'artère linguale correspondante ou même les deux linguales, précaution que je juge bonne à conserver dans tous les cas d'opération un peu considérable portant sur la langue. Après l'ablation je réunis la solution de continuité par une suture en surjet au catgut, ne comprenant pas seulement les bords, mais passant sous toute l'étendue de la plaie et traversant toute l'épaisseur de la langue. Cette suture est très modérément serrée, pour éviter qu'elle ne coupe le tissu musculaire.

En agissant de la sorte, j'ai pu, il y a quelques semaines, obtenir en moins de dix jours la réparation complète de la plaie produite par l'ablation d'un assez gros épithélioma d'un des bords latéraux de la langue. La malade quittait la maison de santé, le douzième jour après l'opération, sans conserver aucune surface qui ne fût entièrement recouverte.

La réunion, appliquée aux pertes de substances qui résultent de l'ablation des tumeurs de la langue, présente un certain nombre d'avantages incontestables :

Elle supprime le suintement sanguin après l'opération;

Elle abrège très notablement le temps nécessaire à la guérison complète du malade;

Elle supprime les hémorrhagies secondaires si fréquentes au moment où la plaie linguale se déterge.

Elle permet à l'opéré de s'alimenter plus facilement et avec moins de douleurs;

Grâce à elle, on peut obtenir une asepsie buccale parfaite et éviter le suintement fétide que présentent les malades qui ont une plaie ouverte dans la bouche. Elle diminue de la sorte la crainte que l'on peut avoir de voir se développer une de ces pneumonies infectieuses qui emportent si souvent les opérés à la suite de l'extirpation des tumeurs malignes de la langue.

La réunion, telle que je la conçois, ne s'applique pas seulement aux pertes de substances limitées de la pointe ou des bords latéraux de la langue, *conditions dans lesquelles on l'a toujours tentée :* je l'ai pratiquée et je la préconise pour les grandes ablations comprenant près de la moitié de l'organe, ou même bien davantage; plus la perte de substance est grande, plus il y a d'avantage à la réunir par première intention.

Elle ne dispense nullement de la ligature préalable des linguales, à laquelle il faut toujours avoir recours quand l'opération doit présenter une certaine étendue; elle doit d'ailleurs mettre au contact non seulement les bords de la solution de continuité, mais toute sa surface, pour éviter que le suintemant sanguin persistant n'amène une accumulation de sang derrière la ligne de réunion. Il convient donc de passer la suture sous toute l'étendue de la perte de substance en traversant avec les fils le tissu musculaire de la langue dans toute son épaisseur. J'ai eu recours jusqu'à présent à la suture en surjet au catgut qui, par le froncement qu'elle détermine, me paraît réduire le mieux l'étendue de la perte de substance; mais comme ce mode de suture se desserre en totalité quand une de ses extrémités lâche, j'emploierais volontiers désormais la suture entrecoupée faite avec du fil de soie, en plaçant un certain nombre de points profonds et quelques superficiels pour réunir les muqueuses. Des lavages très fréquents de la bouche seront faits avec une solution de chloral au centième, pendant les jours qui suivent l'opération.

En faisant cette communication, je répète que j'ai eu pour but, non d'apprendre à mes collègues une nouvelle manière de faire, mais d'insister sur les avantages d'une pratique qui n'est encore

employée qu'à l'état d'exception et de montrer qu'elle peut s'adapter aux opérations les plus larges que l'on exécute sur la langue, comme aux cas légers pour lesquels elle a jusqu'à présent été surtout réservée.

Discussion.

Quénu. J'ai usé depuis plusieurs années du procédé qui consiste, après ablation d'une partie de la langue, à suturer muqueuse à muqueuse. C'est ainsi qu'en 1887, faisant un service à Beaujon, j'enlevai toute la partie libre de la langue par une incision transversale et fis avec succès la suture de la muqueuse dorsale avec la muqueuse sublinguale. Mais si l'on veut généraliser ce *modus faciendi*, il est nécessaire de faire une distinction que M. Berger, à mon sens, n'a pas suffisamment indiquée dans sa communication; il faut classer les ablations de la langue de la façon suivante (je ne parle ici que des ablations un peu étendues) :

1° Ablation de la partie libre de la langue;

2° Ablation de toute une moitié de langue avec conservation de la muqueuse du plancher de la bouche;

3° Ablation de toute une moitié de langue ou de toute la langue avec sacrifice du plancher de la bouche.

Aux deux premières variétés opératoires convient le procédé de la suture.

Quant à la troisième, si on veut réussir, on est obligé de suturer la muqueuse de la moitié conservée, ou du tronçon conservé, à la muqueuse génienne; cela est quelquefois difficile, mais possible, et l'avantage qui en résulte, c'est que, si l'on a laissé une assez large ouverture à la plaie sus-hyoïdienne, tout le moignon cruenté se trouve soustrait à l'action nocive des liquides buccaux et des germes qu'ils renferment. J'ai suivi cette méthode chez trois malades, une fois avec succès, deux fois avec insuccès. Voici ce qui se passa dans les deux dernières observations : Un malade, âgé de 60 ans, fut opéré par moi, le 4 juin 1890, dans le service de M. Terrier, à Bichat, avec l'assistance de M. Broca, pour un cancer étendu à la base de la langue avec envahissement des ganglions sous-maxillaires. Je taillai un lambeau sus-hyoïdien à base répondant au bord inférieur du maxillaire, je fis la section de la symphyse et j'enlevai tout le plancher buccal après ligature préalable de la linguale et de la faciale. Toute la moitié gauche de la langue fut ensuite extirpée, ainsi que les piliers et une portion de la paroi latérale du pharynx; la muqueuse linguale fut suturée à la muqueuse génienne, et la symphyse maxillaire reconstituée. Malheureusement, on mit peu d'insistance et de soins à alimenter le ma-

lade par le nez, et il succomba dans le collapsus le cinquième jour. A l'autopsie, on trouva la plaie des muqueuses réunie.

Mon troisième malade ne succomba que le quatorzième jour, sans avoir présenté aucune élévation de température. C'était un homme âgé de 61 ans, portant au point de réflexion de la muqueuse de la face inférieure de la langue, sur le plancher de la bouche, une ulcération épithéliale.

Je fis la ligature de la carotide externe, puis sectionnai le maxillaire inférieur sur la ligne médiane et, par la voie sus-hyoïdienne, je fis, comme précédemment, l'extirpation de la moitié gauche de la langue. Je terminai par la suture de la muqueuse de la face dorsale de la langue à la muqueuse de la joue. Un drain fut placé dans la cavité résultant de l'ablation du plancher buccal.

Tout alla à merveille pendant une semaine, mais alors les liquides commencèrent à passer par la plaie et la déglutition devint difficile. Malgré tous mes soins, malgré la fermeture secondaire de la plaie muqueuse, qui s'était désunie en un seul point, malgré mes tentatives d'alimentation par la sonde ou par le rectum, le malade succomba à l'inanition, sans présenter la moindre trace d'infection de ses plaies, sa température n'ayant jamais atteint 38°.

La seule conclusion que je tire de ces deux malheureux cas, c'est que la réunion primitive dans la dernière variété opératoire que j'ai envisagée, en exerçant des tiraillements sur ce qui reste de la base de la langue et sur le pharynx, rend peut-être plus difficile la déglutition des liquides et des aliments. Peut-être serait-il nécessaire, en pareil cas, de laisser à demeure une sonde molle œsophagienne introduite et fixée dans les fosses nasales.

M. Reclus. Il y a quatre ans environ, j'ai été sur le point de publier un travail sur cette question; mais, ayant ouï-dire que M. Péan avait déjà employé la réunion immédiate après l'ablation des tumeurs de la langue, et que, de son côté, M. Richelot avait publié sur cette méthode une leçon clinique dans l'*Union médicale*, j'ai renoncé à mon projet.

La réunion des plaies de la langue est sans doute, comme le disait M. Quénu, d'une exécution difficile quand la tumeur intéresse le plancher buccal. Pour ma part, j'ai le souvenir de trois faits dans lesquels j'ai obtenu de bons résultats. C'est ainsi que j'ai opéré un Espagnol qui portait un cancer de la partie antérieure de la langue; j'ai fait une section en biseau et suturé sans grande difficulté. Chez un autre, j'ai fait une première opération en 1886, une seconde en 1887 après récidive; l'opéré vit encore. Enfin, dans un troisième cas, il s'agissait d'une tuberculose linguale; j'ai dû enlever un énorme coin dépassant la ligne médiane, et rabattre la

partie antérieure de la langue sur la section postérieure. L'organe s'est trouvé fortement dévié, mais la réunion primitive s'est faite sans encombre.

Je n'ai pas fait la ligature préalable de la linguale. Pour être sûr de combattre facilement l'hémorrhagie, je conseille de passer d'avance six ou huit fils d'argent en arrière du néoplasme. Ils servent à tirer sur la langue, à opérer plus commodément, et permettent de réaliser promptement l'hémostase.

M. Richelot. Il y a plusieurs années que j'emploie, dans les ablations des tumeurs de la langue, la méthode que vient de préconiser M. Berger. J'ai commencé, pendant un remplacement que je faisais à l'Hôtel-Dieu, par placer en arrière de la tumeur des pinces à demeure, d'un modèle que M. Péan utilisait à cette époque pour le même usage. Cette compression permettait d'abattre la tumeur par quelques coups de ciseaux ; puis je laissais les pinces jusqu'au lendemain matin. L'hémostase était parfaite, le malade supportait les pinces mieux qu'on n'aurait pu le croire *à priori*, mais c'était horrible à voir. Bientôt, je n'ai plus mis les pinces que temporairement, et je terminais l'opération par une suture de la plaie à points séparés, au crin de Florence. Depuis cette époque, je n'ai pas agi autrement et je m'en suis toujours bien trouvé.

Il y a des plaies irrégulières, des parties charnues très épaisses qu'on n'arrive pas à réunir muqueuse contre muqueuse; mais il y a toujours avantage à placer des fils, pour diminuer l'étendue des surfaces vives et pour comprimer les vaisseaux.

M. Bazy. J'ai fait, il y a deux ans, l'ablation du quart antérieur de la langue, en rabattant la partie antérieure vers la base et en suturant la plaie; bien que le malade fût diabétique, la réunion s'est faite par première intention.

M. Marchand. Aux faits précédents je puis en ajouter un certain nombre, car il y a longtemps déjà que je réunis les plaies de la langue. J'ai plus d'une fois suturé la muqueuse linguale à la muqueuse génienne. La réunion immédiate est généralement obtenue et la guérison est plus rapide.

M. Lucas-Championnière. Puisque chacun de nous rapporte en ce moment les faits de sa pratique, je puis dire que j'ai, moi aussi, une observation déjà ancienne de réunion immédiate après l'ablation d'une tumeur de la langue; elle date de quatre ans au moins. Ce fait de la suture linguale n'est pas une nouveauté; il y a d'autres faits plus intéressants dans la communication de M. Berger.

M. Terrier. C'est sur mon avis que M. Berger a fait cette com-

munication. Il y a, dans les faits que notre collègue vient d'exposer, un point important à mettre en lumière : c'est l'utilité de la réunion immédiate pour éviter les inoculations secondaires.

J'ai opéré, avec l'assistance de M. Berger, un malade cachectique, ayant du psoriasis lingual et un commencement d'infiltration épithéliale de la langue. Il y avait un intérêt majeur à ne pas lui laisser une plaie buccale non réunie, suppurante, et ouverte à l'infection. C'est ce que j'ai voulu éviter à tout prix, en faisant dans ce cas une réunion très exacte.

Nos maîtres nous ont parlé avec quelque naïveté des cancers de la langue qui s'accompagnent de ganglions suppurés. Ces faits trouvent dans les inoculations secondaires leur explication naturelle.

J'ai vu des malades opérés pour des cancers de la langue, et chez lesquels on avait plus ou moins réuni la plaie; mais on n'avait pas cherché à se prémunir contre les inoculations secondaires.

J'ai vu un officier de marine, opéré par un chirurgien qui use et abuse du procédé des pinces à demeure. On n'avait rien fait pour éviter l'infection, et ce malade avait une énorme suppuration sous-maxillaire.

Quant à la manière de procéder, j'estime qu'il ne faut pas trop serrer les fils, afin de ne pas couper les tissus et de ne pas créer des plaies au niveau des sutures; car on produit ainsi ce qu'il faut éviter. Chez une malade que j'ai opérée avec l'aide de MM. Berger et Quénu, je me suis servi de soie stérilisée en serrant peu les fils; la malade est venue me voir, complètement guérie, au bout de huit jours.

M. Berger. Il est bien entendu que les faits que j'ai communiqués n'ont pas la prétention d'être les premiers en date. Mais, dans les ouvrages classiques, on ne parle pas de sutures après l'ablation de la langue; c'est une méthode laissée dans l'ombre, qui n'est pas appliquée par la majorité des chirurgiens; on pense, en général, que les sutures sont difficiles dans la cavité buccale. Or, j'ai voulu mettre en relief les avantages des grandes réunions faites de parti pris dans les plaies de cette cavité. On peut aller un peu plus loin que ne l'a dit M. Quénu, et comprendre dans ces réunions le plancher de la bouche, à la condition de ne pas se borner à suturer les muqueuses, ce qui ne donnerait aucun résultat, mais de réunir la totalité des tissus en passant les fils profondément.

J'ajoute que cette réunion ne me paraît pas destinée à supprimer l'excellente précaution de la ligature préalable de la linguale. Cette

ligature n'est pas une opération difficile; elle permet de s'assurer, chemin faisant, de l'état des ganglions au niveau de la corne de l'os hyoïde et de la glande sous-maxillaire. Je ne suis pas de ceux qui font l'hémostase préalable avec les pinces; celles-ci peuvent cacher certains points altérés de la langue et empêcher l'opération d'être complète.

Lecture.

M. Février lit une observation intitulée : *Fracture avec enfoncement du pariétal droit; anesthésie et paralysie momentanées du membre supérieur gauche; retour des accidents; trépanation huit ans après l'accident; guérison* (Commission : MM. Kirmisson, Championnière, Gérard-Marchant, rapporteur).

Présentation de malades.

1° *Extirpation de l'astragale.*

M. Picqué présente deux malades chez lesquels il a fait l'*extirpation de l'astragale* pour une paralysie infantile, et pour une luxation incomplète de cet os (M. Nélaton, rapporteur).

M. Championnière présente un malade à qui il a fait l'*extirpation de l'astragale* pour un valgus pied plat.

Cette opération a été rarement faite. M. Championnière a été amené à admettre son efficacité en observant les résultats obtenus après l'extirpation de l'astragale dans le cas de pied bot. Contrairement à ce que l'on pourrait croire *à priori*, l'ablation de l'astragale, au lieu de diminuer la voûte du pied, a une tendance manifeste à l'augmenter. Cette opération a donc paru pouvoir donner ce résultat de permettre le redressement du pied qui a une tendance à s'effondrer latéralement avec un certain degré de renversement de l'astragale. En outre, en permettant au pied de se redresser, elle permet aux muscles de fonctionner plus régulièrement.

Voici les résultats obtenus chez le jeune malade que M. Championnière a présenté. C'est un garçon de 15 ans qui avait un double pied plat. Mais du côté le plus déformé seulement, à droite, il souffrait beaucoup; le côté gauche étant moins déformé

est insensible. La station debout était très difficile et la marche très pénible.

L'ablation de l'astragale fut pratiquée à l'hôpital Saint-Louis le 11 avril 1890. On peut facilement remarquer aujourd'hui ce triple résultat : la déformation du pied plat n'existe plus, ce dont il est facile de s'assurer en comparant son pied droit opéré et son pied gauche qui n'a pas été touché; la voûte du pied est redressé et ressemble à une voûte de pied normale; les mouvements de la nouvelle articulation tibio-tarsienne sont libres.

Le pied s'applique sur le sol, droit et bien à plat, ce qui est impossible pour le pied gauche. Le sujet marche droit devant lui au lieu de tenir, comme à gauche, le pied en dehors et incliné. Enfin le sujet ne souffre plus de ce pied dont les muscles fonctionnent bien.

Ce sujet est encore assez médiocre, parce qu'il s'agit d'un rhumatisant qui a vu ses mois derniers traversés par des accidents cardiaques graves qui ont failli l'emporter et l'ont maintenu au lit, ce qui n'est pas de nature à favoriser les résultats que l'on doit obtenir de l'exercice.

M. Championnière a eu l'occasion de faire une seconde fois cette opération, le 31 juillet 1890, chez un nommé M... Constant, âgé de 18 ans.

Chez ce sujet, dont la lésion est double aussi, un seul pied a été opéré. On peut voir chez lui les excellents résultats obtenus en ce qui concerne la forme du pied. Au point de vue des fonctions du membre, les résultats sont loin d'être complets, parce que cet opéré est un des sujets les plus difficiles à entraîner. Pendant longtemps, il a refusé de marcher, puis n'a fait d'exercice qu'un peu tard. Il en résulte un certain degré d'enraidissement du pied qui, depuis qu'il veut bien s'exercer, est en train de disparaître rapidement. Mais au point de vue de la forme du pied et de la disparition de la douleur, les résultats sont très satisfaisants.

Cele suffit à encourager à une opération qui paraît au premier abord un peu paradoxale. Mais il est impossible de se refuser à reconnaître qu'empiriquement les conséquences sont excellentes. Il y a là un gros avenir pour le traitement d'une des affections les plus rebelles que l'on puisse rencontrer, les deux premiers essais ayant obtenu des résultats très appréciables.

Discussion.

M. Kirmisson, tout en reconnaissant que le malade de M. Championnière a bénéficié de l'intervention, pense que l'opération

d'Ogston est préférable pour les cas de ce genre et donne un redressement plus complet.

2° *Arthrectomie.*

M. Picqué présente une malade du service de M. Périer qui avait une tumeur blanche de chacun des deux genoux, et à qui il a fait d'un côté l'*arthrotomie simple*, par une double incision latérale suivie du grattage des fongosités, et de l'autre côté une *arthrectomie incomplète*, c'est-à-dire l'ouverture large de l'articulation par section transversale de la rotule, suivie également du curage de l'articulation, avec conservation des ligaments croisés et latéraux. La malade est guérie, marche très bien et a les deux genoux mobiles.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire,
G. Richelot.

Séance du 11 février 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. le Dr Romniceanu (de Bucarest), nommé membre correspondant étranger ;

3° M. Verneuil présente une brochure traitant de la *lymphe du professeur Robert Koch ;*

4° M. Reclus présente, en son nom et au nom de M. Duplay, le quatrième volume du *Traité de chirurgie ;*

5° M. Terrier présente, de la part de M. Marcel Baudouin, un mémoire sur l'*Asepsie et l'antisepsie à l'hôpital Bichat ;*

6° M. Delagenière (du Mans) adresse à la Société la statistique des opérations pratiquées par lui du 4 juin 1890 au 1er janvier 1891. (Commissaire : M. Terrier.)

Une place de membre titulaire est déclarée vacante. Les candidats ont un mois devant eux pour faire valoir leurs titres.

Communication.

De l'arrachement sous-cutané des insertions des tendons extenseurs des doigts sur la phalangette.

Par M. Schwartz.

Personne n'avait encore attiré l'attention sur ce traumatisme des doigts, quand notre collègue et ami, le Dr P. Segond, publia en 1879 une note courte, mais très substantielle dans les *Bulletins de la Société anatomique.* Une observation qu'il recueillit sur une infirmière de la Pitié l'amena à faire des expériences cadavériques destinées à éclairer le mécanisme et l'anatomie pathologique de cette lésion.

En 1881, Busch publia (*Centrablatt f. Chirurgie*, n° 1) un mémoire basé sur cinq faits semblables, où il prétend avoir observé l'arrachement de l'extenseur avant Segond; nous ne pouvons, nous, que constater que sa publication est postérieure à celle de notre collègue; il n'ajoute, d'ailleurs, rien à ce qui est déjà connu sur la nature et le mécanisme de la lésion et, fait au moins singulier, il déclare n'avoir jamais pu le reproduire sur le cadavre.

En 1884, le Dr Polaillon a consacré un chapitre de l'article Doigt du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, à l'étude de cette lésion. Il rapporte le fait de Segond, ceux de Busch et ajoute des observations plus personnelles. En 1887, Schœning (*Archiv. f. klinische Chirurgie*, t. XXXV, p. 237) publia une nouvelle observation et la fit suivre de considérations très minutieuses sur le mécanisme, à la suite d'expériences sur le cadavre.

Plus récemment, enfin, la lésion a été signalée par Lejars dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, et très bien étudiée au point de vue anatomique et clinique par Delbet, qui a présenté sur ce sujet un intéressant mémoire à la *Société anatomique* (3e série, t. IV, p. 117) et intitulé : *Des lésions consécutives à la flexion forcée des doigts.*

Nous avons eu l'occasion d'observer, depuis quatre ans, trois cas d'arrachement sous-cutané de l'extenseur de ses insertions phalangettiennes; pour l'un, nous avons pratiqué la suture immédiate; nous avons pu de la sorte contrôler sur le vivant les données de l'expérimentation et fournir en même temps un appoint à l'étude de la ténorrhaphie appliquée à cette lésion tendineuse.

Obs. I. — M. T..., industriel, âgé de 32 ans, vint en 1887 me consulter pour l'accident que voici : Etant à cheval et voulant maintenir sa monture, la main lâche les rênes, le petit doigt seul reste pris et M. T. fait un violent effort pour le dégager, sans pouvoir préciser exactement comment les choses se sont passées. Toujours est-il que, depuis, la dernière phalange de l'auriculaire reste légèrement fléchie sur la seconde; il lui est impossible de la redresser tout à fait; il peut la fléchir. Pas d'endolorissement de l'articulation. Pas de gonflement. L'accident est arrivé depuis quelques jours lorsque nous le voyons. Nous constatons une très légère flexion de la phalangette que nous pouvons redresser complètement, mais qu'il est impossible au blessé de redresser volontairement; il lui imprime néanmoins de petits mouvements d'extension; la flexion est possible, mais un peu douloureuse. Pas de point douloureux au niveau de l'articulation ni du squelette, à cause de la difformité qui est légère et de la possibilité d'un petit mouvement d'extension; nous pensons qu'il s'agit, non pas d'une rupture proprement dite, mais d'une entorse, d'une véritable élongation du tendon de l'extenseur au niveau de ses insertions phalangettiennes, et nous conseillons le port du petit appareil suivant : il consiste en une sorte de dé en métal coiffant le bout du petit doigt; à ce dé est fixé en arrière un tube élastique qui vient passer dans un anneau à la racine du doigt et prendre insertion sur un bracelet qui entoure le poignet. De cette façon, le doigt reste complètement redressé et se redresse aussi tout à fait lorsque le blessé l'a fléchi. M. T. a gardé cet appareil pendant quinze jours environ, et je l'ai revu quelques mois après parfaitement guéri, c'est-à-dire avec une extention complète de l'auriculaire et la possibilité de faire avec lui tous les mouvements dans leurs limites physiologiques.

Obs. II. — Mme J..., âgée de 40 ans, en voulant descendre un carreau de compartiment de chemin de fer le laisse tomber brusquement. Le crochet qui sert à le monter atteint le petit doigt appuyé sur le rebord de la fenêtre et imprime au moment de la chute brusque une flexion forcée à la phalangette. Aussitôt, vive douleur, impossibilité de redresser l'auriculaire dont la dernière phalange reste fléchie sur la seconde. Deux jours après, nous constatons les signes si bien décrits par Segond: un peu de gonflement au niveau de l'articulation phalangino-phalangettienne; flexion de la phalangette; impossibilité de redresser volontairement; le redressement provoqué est pénible; le doigt retombe dès qu'il n'est plus maintenu. Nous faisons immédiatement un petit appareil contentif, destiné à maintenir l'auriculaire dans

la rectitude et l'immobilité. Il est gardé une dizaine de jours, puis laissé de côté; la blessée ne porte pas le petit appareil décrit plus haut; aussi la revoyons-nous deux ans après avec le doigt courbé; impossibilité de le redresser et de le fléchir complètement.

Obs. III. — M. Z... vient me consulter, en juillet dernier, pour un accident qui lui est arrivé la veille : en faisant un effort avec sa main droite, il sent tout à coup une vive douleur et un craquement dans le médius droit. Immédiatement flexion de la phalangette sur la phalangine; impossibilité de la redresser; il souffre beaucoup quand il veut soit étendre, soit plier le doigt. Nous constatons la flexion presque à angle droit; la possibilité de le redresser de force; aucune crépitation, mais de l'endolorissement de l'articulation des deux dernières phalanges et une petite ecchymose sur la face dorsale. Nous n'hésitons pas cette fois à proposer la suture du tendon rompu ou arraché. Le lendemain matin, injection de chlorhydrate de cocaïne de 3 centigrammes. Incision de 2 centimètres et demi le long de la face dorsale. Celle-ci nous montre le tendon extenseur complètement rompu à 3 millimètres de son insertion à la phalangette; l'articulation est largement ouverte par sa face dorsale dès qu'on rabat le petit bout phalangettien. Le bout périphérique est distant de 4 à 5 centimètres du bout central. Le doigt étant maintenu bien redressé, deux sutures au catgut n° 1 unissent les deux fragments tendineux. Suture au crin de Florence de la peau. Pansement au salol. Le doigt est redressé par une petite attelle et du sparadrap. Pansement au quatrième jour; un peu de désunion de la peau par suite de la section d'un fil au niveau de l'ongle; un des fils de catgut s'élimine par cette petite plaie. Tout l'appareil est enlevé le dix-huitième jour et on le remplace par celui à traction élastique, dont nous avons déjà parlé, qui est gardé pendant quinze jours environ. Actuellement, M. Z... se sert très bien de son doigt, il l'étend et le fléchit complètement. Il n'a qu'une cicatrice un peu exubérante au niveau de la face dorsale de la phalangette.

Examinons maintenant successivement, au point de vue de l'anatomie pathologique, de la clinique et du traitement, quels enseignements nous pouvons tirer de nos observations.

Anatomie et physiologie pathologique. — Delbet a décrit trois espèces de lésions sur le cadavre obtenues par la flexion forcée et brusque de la phalangette sur la phalangine :

1° L'arrachement du point d'insertion avec ouverture de l'articulation;

2° La fracture de la phalange sans ouverture de l'articulation;

3° La déchirure du tendon avec ouverture de l'articulation.

Sur 32 faits expérimentaux, il a observé 14 arrachements du point d'insertion, 14 fractures de la phalangette, 4 déchirures du tendon; cette dernière est, en somme, exceptionnelle par rapport aux deux autres.

Sur le cadavre, sur l'index, le médius et l'auriculaire, Delbet n'a jamais observé que des lésions osseuses, arrachements ou fractures; sur l'annulaire et le pouce, il a plutôt produit des déchirures tendineuses.

Le fait que nous avons eu l'occasion d'observer directement se rapporte à une déchirure proprement dite du tendon extenseur. C'est très près de son insertion à la phalangette que la déchirure s'est produite; elle était nette et siégeait à 3 millimètres environ de l'attache ostéo-périostique.

Dans ce cas, nous n'avons pas vu la moindre trace d'arrachement osseux, et, à plus forte raison, de fracture de l'extrémité de la phalangette. Il s'agissait du médius, sur lequel Delbet n'est arrivé à produire que ces dernières lésions. Cela ne démontre-t-il pas une fois de plus qu'il ne faut pas appliquer trop à la lettre au vivant ce que l'on observe sur le cadavre, surtout quand il s'agit de tissus ou d'organes qui réagissent tout différemment? L'articulation phalangino-phalangettienne avait été ouverte par suite de l'adhérence intime du tendon et de la capsule, qui ne font qu'un pour ainsi dire en arrière.

Nos deux autres blessés ont eu des lésions du petit doigt. Quoique nous n'ayons pu les observer directement, nous sommes convaincu que le premier avait plutôt une sorte d'élongation, ou une rupture incomplète, puisqu'il lui était encore possible de faire quelques mouvements d'extension. La solution de continuité devait, au contraire, être complète chez Mme J...; soit qu'il se soit agi d'un arrachement ou d'une déchirure proprement dite, il n'y avait certes pas fracture de l'os.

Il nous semble donc en résulter que les cas de rupture proprement dite du tendon, s'ils sont obtenus rarement par des expériences cadavériques, sont relativement plus fréquents sur le vivant, puisque sur trois cas nous l'avons vu une fois, et cela sur un doigt. Or, expérimentalement, l'on n'a pu produire que des arrachements et des fractures.

Symptomatologie. — Nous n'avons rien à ajouter au tableau si fidèle qu'en a tracé Segond dans sa première observation, tableau qui ne varie que très peu pour les blessés.

Cependant, comme nous l'avons rapporté, le sujet de notre première observation pouvait étendre très légèrement la phalange fléchie, mais sans atteindre jamais l'extension complète. Il semble donc qu'à côté des cas de ruptures et d'arrachements complets, il y ait place pour d'autres où il y a, soit un allongement par hyperextension du tendon, soit une rupture incomplète. Quant à distinguer l'arrachement de la déchirure proprement dite, c'est un pro-

blème à peu près insoluble souvent. Dans le cas où nous avons fait la suture, nous avions pensé à une déchirure tendineuse à cause du peu de gonflement, de l'absence d'ecchymose, de la douleur insignifiante à la pression ; un arrachment osseux ou une fracture de l'extrémité de la phalangette présentera souvent des signes plus tranchés. Chez notre blessé, c'est la déformation du doigt et son impotence qui constituaient tout le tableau pathologique.

Marche et terminaisons. — Quand le blessé reste abandonné à lui-même, le doigt reste fléchi à son extrémité, les mouvements d'extension même provoqués deviennent à la longue impossibles ; de plus, la flexion complète dans la paume de la main ne peut plus se faire. C'est ce qui ressort des différentes observations recueillies, entre autres de celle de Segond et du fait que nous avons pu revoir deux ans après sa production. Tous les malades ne se familiarisent pas aussi bien avec leur infirmité que celui de Busch, qui n'était gêné que pour mettre des gants étroits. Dans deux cas auxquels Welter fait allusion, il était survenu au bout de cinq ans une sorte d'atrophie de l'extrémité des doigts malades.

Récemment nous avons eu l'occasion d'opérer un employé de commerce qui s'était coupé le tendon extenseur du médius, presque à son insertion à la phalangette. Au bout de quatre semaines il avait le doigt fléchi et était tellement ennuyé par l'impossibilité de le redresser qu'il nous demanda d'y remédier. Nous avons pratiqué chez lui la suture du tendon, dont les deux bouts étaient néanmoins réunis, mais par une cicatrice de 4 millimètres environ. Celle-ci a été respectée ; le bout central a été dédoublé sur une étendue de 15 millimètres, et la bandelette, ainsi rabattue par dédoublement au desssus de la cicatrice, a été suturée au bout périphérique, le doigt étant en extension forcée. Nous avons agi ainsi pour ne pas perdre le bénéfice des efforts naturels, si par hasard la réunion avait échoué. Celle-ci s'est faite, et notre opéré, revu au bout de six mois, redresse le doigt et s'en sert très bien.

Il est de toute nécessité d'insister dès le début auprès des malades, sur les ennuis que peut leur causer la persistance de leur difformité et l'impotence qui semble, à première vue, bien peu de chose.

Traitement. — Celui-ci devra varier suivant les cas. Quand il s'agit d'une simple élongation ou d'une rupture incomplète, il sera inutile d'imposer au blessé une immobilisation du doigt, qui peut amener assez rapidement de la raideur de ses petites articulations. Le port de l'appareil à traction élastique décrit dans notre première observation peut parfaitement suffire alors. Si le chirurgien

ne pouvait se le procurer ou préférait l'immobilisation, il l'obtiendrait à l'aide d'une gouttière en gutta-percha se moulant sur le doigt et fixée à l'aide de quelques bandelettes agglutinatives.

Quand il y a des signes indiquant un arrachement ou une rupture complète, il faut se conduire différemment. Le traitement, pour ainsi dire classique, a été jusqu'ici l'immobilisation dans la rectitude pendant une quinzaine de jours, de façon à permettre la cicatrisation, soit de la fracture, soit de l'arrachement presque uniquement admis par les auteurs. Lors donc que les signes sont tels qu'il y a lieu de s'y rattacher, il faudra placer le doigt dans l'extension complète, étendre la main sur l'avant-bras à l'aide d'une attelle en gutta-percha ou en plâtre qui sera enlevée du douzième au quinzième jour. Des observations de Busch et de Schœning ont montré que la guérison était encore possible par ce moyen, même quand la lésion a été abandonnée à elle-même au bout de quatre semaines. Si le rétablissement des fonctions est habituellement complet, il ne reste pas moins dans la plupart des cas suivis un peu de gêne et même l'impossibilité de la flexion complète du doigt dans la paume de la main.

Quand, au bout de deux ou trois semaines, malgré l'immobilisation, la phalangette retombe dans la flexion, il y aura lieu de faire la suture. Dans un cas de Busch, chez un homme de 40 ans, un appareil plâtré fut appliqué le neuvième jour. Lorsqu'on l'enleva, au bout de quatorze jours, la phalangette retomba immédiatement en flexion. Le deuxième appareil fut placé sans plus de succès. Delbet pense qu'il s'agissait d'une déchirure du tendon, et il est d'autant plus disposé à l'admettre que le doigt atteint était l'annulaire, qui est avec le pouce le seul sur lequel il ait pu produire la solution de continuité du tendon sur le cadavre. Nous pensons, pour notre part, comme nous l'avons déjà dit, que la déchirure tendineuse est plus fréquente que ne le pense Delbet. Quoi qu'il en soit, s'il y a des présomptions pour son existence, pourquoi ne pas faire la suture immédiate, qui est en somme le traitement le plus parfait? S'il ne s'agit pas de déchirure tendineuse, mais d'un arrachement, ne pourrait-on pas suturer directement le tendon arraché au périoste, voire même aux parties molles de la dernière phalange? L'opération, avec une injection intra-dermique de chlorhydrate de cocaïne et un petit tube d'Esmarch à la base du doigt, est tellement simple et anodine, pourvu que l'on soit aseptique ou antiseptique, qu'elle mérite d'être préférée à toute autre manière de faire. La suture faite, on tiendra le doigt redressé pendant une dizaine de jours, puis on fera porter l'appareil à traction élastique pour permettre la consolidation de la cicatrice.

Discussion.

M. Routier. J'ai vu un cas analogue à ceux dont nous a parlé M. Schwartz, chez une dame de 60 ans, que j'ai examinée dix jours après l'accident. Il s'agissait du petit doigt, et il m'a été impossible de dire s'il y avait arrachement du tendon ou fracture de la phalangette. Une extension prolongée me parut inutile ; la malade recula devant la suture que je lui proposai, et comme c'était une rhumatisante dont les articulations me paraissaient un assez mauvais terrain pour intervenir, je ne jugeai pas à propos d'insister. J'entourai le doigt d'un peu d'ouate en le soutenant par une petite attelle de carton ; au bout de quatre ou cinq mois, le tendon n'avait pas repris ses fonctions, la phalange tombait toujours. Cette dame est un peu gênée quand il s'agit de mettre des gants, et voilà tout.

Je note encore une fois la difficulté du diagnostic dans certains cas.

M. Schwartz. J'ai insisté, moi aussi, sur la difficulté du diagnostic, quand l'examen n'est fait qu'au bout de quelques jours.

Communication.

Réflexions à propos de six nephrectomies transpéritonéales.

Par le Dr Terrillon.

Bien que l'extirpation du rein soit devenue une opération classique fréquente, les chirurgiens ne se sont pas mis d'accord sur les parties les plus importantes peut-être de la technique opératoire.

Deux voies, en effet, tout à fait distinctes peuvent être suivies pour pénétrer jusqu'au rein : l'une, qui semble la plus rationnelle et la plus pratique, puisqu'elle met le champ opératoire en dehors du péritoine, c'est *la voie lombaire ;* l'autre, au contraire, traverse la paroi abdominale antérieure, ouvre le péritoine et permet d'atteindre le rein à travers les anses intestinales.

Autrefois, quand on redoutait d'une façon spéciale l'ouverture de la cavité péritonéale, il semblait raisonnable d'avoir recours à la première méthode, malgré les difficultés qu'elle présente, surtout dans les cas de reins volumineux. Les statistiques opératoires prouvaient d'ailleurs que cette méthode était réellement plus bénigne.

Mais depuis que la pratique de la laparotomie s'est répandue et que la crainte des accidents péritonéaux disparaît de plus en plus, beaucoup de chirurgiens préfèrent la seconde méthode et vont à la recherche du rein directement, à travers le péritoine. Cette méthode présente en effet de sérieux avantages: elle rend l'opération plus facile, elle permet d'atteindre plus aisément le pédicule. Enfin, avec des précautions antiseptiques rigoureuses, elle semble ne pas devoir donner lieu à plus d'accidents que la méthode lombaire.

Pour mon compte, je suis persuadé que la méthode transpéritonéale est la méthode de l'avenir pour toutes les tumeurs du rein un peu volumineuses, venant faire une saillie évidente dans un des flancs.

Cependant cette méthode n'est pas toujours absolument simple; aussi elle mérite d'être discutée dans ses moindres détails. Je voudrais donc m'occuper ici de quelques particularités sur lesquelles on n'est pas entièrement fixé et que ma pratique personnelle m'a permis d'envisager de près.

Je ne parlerai pas de la place de l'incision, qui ne semble pas avoir une grande importance. Qu'on la pratique sur la ligne médiane, qu'elle soit faite en dehors du muscle droit, ou même qu'on choisisse la partie la plus saillante de la tumeur, ces dispositions n'ont qu'un intérêt relatif. La plupart du temps le chirurgien sera guidé dans le choix de cette incision par le volume et la nature de la tumeur.

Je n'insisterai pas non plus sur la façon dont le gros intestin qui passe souvent en avant du rein malade doit être écarté. C'est seulement au cours de l'opération qu'on se rendra compte de ces détails pratiques. Il en est de même de la décortication de la tumeur qui peut être plus ou moins compliquée. Je rappellerai seulement que, après avoir incisé la couche péritonéale qui recouvre le rein hypertrophié, il est nécessaire de décortiquer l'organe en rasant sa surface aussi près que possible, de façon à conserver après son ablation une enveloppe fibro-celluleuse dont nous verrons plus tard l'utilité.

La ligature du pédicule est faite par les uns au moyen d'une double chaîne de cordonnets de soie, ainsi que je le pratique dans la plupart des cas; d'autres préfèrent la ligature isolée des vaisseaux d'une part et de l'uretère de l'autre.

Tous ces temps de l'opération n'ont qu'une importance insignifiante et ne méritent pas grande discussion.

Mais l'ablation étant terminée, le pédicule étant sectionné, les chirurgiens ne sont plus d'accord sur la façon de traiter la partie de l'uretère et les vaisseaux qui doivent rester dans le fond de la plaie.

Trois procédés sont alors en présence. Le premier consiste, afin d'empêcher le contact des substances contenues dans l'uretère de contaminer la plaie, à fixer l'extrémité de ce conduit à la paroi abdominale.

Ce moyen, souvent employé, peut avoir des inconvénients; aussi est-il abandonné par la plupart des opérateurs.

Le second procédé consiste à abandonner le pédicule formé par l'uretère et les vaisseaux rénaux, dans le fond de la plaie, aussi loin que la rétraction peut l'entraîner, puis on applique au contact de ce pédicule ainsi enfoncé un tube à drainage qui vient d'autre part sortir par la plaie cutanée. M. Terrier a même proposé, pour donner plus de sécurité à ce drainage, de souder aux bords de la plaie abdominale les débris de la coque fibreuse résultant de la décortication du rein. C'est là un moyen d'isoler de la grande cavité péritonéale, la région où se trouve le pédicule. On peut également drainer celui-ci, comme je l'ai fait plusieurs fois, avec une longue mèche de gaze iodoformée. Enfin, dans certaines circonstances, il sera bon d'instituer, à l'aide d'une incision secondaire faite dans la région lombaire, un drainage par les parties déclives de la poche. Dans ce dernier cas, la plaie péritonéale est complètement obturée.

Un des inconvénients de cette méthode consiste dans ce fait que le présence du drainage empêche l'enkystement immédiat de la ligature du pédicule et entretient une fistule qui ne tarira qu'avec l'élimination du fil; cet état de choses pourra durer plusieurs mois. Ces fistules peuvent même être la cause d'accidents inflammatoires graves et plusieurs fois répétés.

Enfin, il est une troisième méthode employée déjà par plusieurs chirurgiens, mais combattue par la plupart et notamment par M. le professeur Le Dentu dans son livre classique. Elle consiste à abandonner dans le fond de la plaie le pédicule rendu absolument aseptique. L'ouverture abdominale est alors obturée, et tout se passe comme dans les autres opérations analogues dans lesquelles le pédicule est abandonné dans l'abdomen.

Cette méthode me paraît extrêmement rationnelle. En effet, si l'on peut rendre absolument aseptiques non seulement la plaie opératoire et la surface de décortication, mais également la surface du pédicule et surtout la lumière de l'uretère, on peut être certain d'éviter tous les accidents d'infection rapide ou éloignée. En un mot, avec des précautions suffisantes, on doit obtenir les mêmes résultats que pour les pédicules des kystes de l'ovaire, des fibromes, etc., qu'on abandonne dans la profondeur de l'abdomen.

Je suis persuadé que cette méthode générale, qui consiste à enlever un rein comme une tumeur de l'ovaire, sera bientôt la méthode

préférée par tous les chirurgiens ayant l'habitude des opérations abdominales.

La vraie difficulté consiste à désinfecter avec soin le seul organe qui puisse contenir des substances nuisibles, c'est-à-dire l'extrémité de l'uretère située au delà de la ligature. On sait, en effet, d'après des expériences connues, que les liquides contenus dans l'uretère au-dessous de la ligature s'écoulent facilement dans la vessie, sauf complications spéciales telles que la présence d'un calcul, et ne peuvent infecter la plaie opératoire.

Or, je crois que la cautérisation énergique du calibre de cette portion de l'uretère située en dehors de la ligature, avec la pointe d'un thermocautère, doit produire une désinfection absolue, même dans les cas où l'uretère contenait du pus. Cette cautérisation sera répétée plusieurs fois et pénétrera assez profondément pour atteindre la partie du conduit étreinte dans le fil. Un pédicule ainsi traité pourra être abandonné impunément à sa place normale.

D'ailleurs, dans le cas où il aurait été envahi par la suppuration et si la ligature ne pouvait pas être faite avec sécurité, cette méthode si simple serait facilement transformée en employant le drainage avec une mèche de gaze iodoformée.

Pour justifier l'opinion que je viens de développer relativement à l'emploi de la méthode transpéritonéale pour l'ablation des reins volumineux, je rapporterai six observations qui me sont personnelles et dans lesquelles cette méthode a été employée.

Ces six opérations ont été suivies de succès.

Dans quatre d'entre elles, j'ai abandonné le pédicule dans l'abdomen, en obturant la plaie comme dans la plupart des laparotomies.

Dans deux autres cas, à cause de circonstances spéciales, j'ai eu soin de drainer la cavité résultant de la décortication, après avoir fixé les bords de cette poche aux lèvres de la plaie abdominale.

Obs. I. — *Hydronéphrose volumineuse du côté gauche. Ablation par la voie péritonéale. Abandon du pédicule dans l'abdomen. Guérison.*

Mme M..., âgée de 43 ans, est une femme ordinairement bien portante, plutôt obèse, et qui a eu quatre enfants.

Cette malade, de nature arthritique, et née d'un père goutteux, a eu à plusieurs reprises des accès douloureux du côté gauche qui ont été évidemment des coliques néphrétiques. Ces accès se renouvelaient à intervalles éloignés, mais ne paraissent pas altérer la santé générale.

En 1887, elle commença à percevoir dans le flanc, du côté gauche, un sentiment de tension douloureuse permanent. Au bout de quelques

mois, un médecin l'examina avec soin et lui déclara qu'elle avait une tumeur du rein gauche.

La tuméfaction bientôt manifeste augmenta progressivement, malgré tous les moyens employés pour la traiter.

Lorsque la malade vint à Paris, au mois de janvier 1890, il était facile de constater la présence d'une tumeur ayant le volume d'une tête de fœtus, occupant la région du flanc gauche et empiétant sur la région correspondante du rein. La forme de cette tuméfaction, sa situation ne laissait aucun doute sur la présence d'une tumeur kystique du rein. Il était probable qu'on se trouvait en présence d'une hydronéphrose, en tenant compte de la bénignité des symptômes généraux et locaux et surtout en se rappelant que cette malade avait eu des coliques néphrétiques nombreuses.

La quantité d'urine avait diminué sensiblement depuis quelques temps, et la malade ne rendait plus en moyenne que 700 grammes d'urine dans une journée. Cette urine contenait un excès d'urates, mais on n'y trouvait aucune trace d'albumine ni de sucre.

L'opération fut pratiquée le 15 février 1890. Une incision verticale, située à deux travers de doigt du muscle droit, permit d'ouvrir le péritoine sur une étendue de 10 centimètres. La cavité péritonéale était intacte. Le côlon descendant se trouvait presque directement en face de l'incision. Il fut écarté en dedans de façon à pouvoir atteindre la tumeur par son côté externe.

Après avoir incisé un feuillet profond du péritoine, il fut facile de reconnaître la couche graisseuse du rein aplatie et peu épaisse ; au-dessous d'elle, la surface du rein paraissait lisse et distendue.

Une ponction pratiquée avec une grosse aiguille de l'appareil Potain donna issue à deux litres et demi environ de liquide transparent légèrement teinté en jaune et ayant une légère odeur d'urine.

Lorsque cette poche fut vidée, j'essayai d'agrandir l'ouverture pratiquée par le trocart, mais la section portant sur le tissu rénal encore assez épais, il se produisit une légère hémorrhagie. Celle-ci fut bientôt arrêtée au moyen de pinces à forcipressure.

Par cette ouverture, il avait été possible, en introduisant l'indicateur, de reconnaître le sommet des pyramides faisant saillie dans cette poche. Nous étions donc bien nettement en présence d'une hydronéphrose.

Pour décortiquer ce rein et l'extraire de sa loge fibreuse, j'eus de grandes difficultés, car ces parties étaient assez intimement unies ; cependant je pus extraire le rein en totalité et atteindre la région du bassinet et de l'orifice de l'uretère. A l'origine de ce canal existait un calcul plus gros que le pouce, pesant cinquante-deux grammes, ayant une forme conique, et qui obstruait l'orifice.

Toute la tumeur ayant été attirée au dehors, je fis passer une ligature double sur le pédicule formé par l'uretère et les vaisseaux du rein.

Lorsque l'organe fut enlevé, le moignon de l'uretère coupé fut cautérisé avec soin au moyen du thermocautère, et je l'abandonnai dans le fond de la plaie. Douze points de suture servirent à obturer la plaie abdominale.

Le rein enlevé pesait cinq cent vingt-cinq grammes. Partout la substance corticale avait encore une certaine épaisseur, et les pyramides formaient encore une saillie très appréciable dans la cavité du bassinet, très dilaté.

Les suites de cette opération furent aussi simples que possible et tout à fait comparables à celles d'une ovariotomie la moins compliquée.

La quantité d'urine, d'abord diminuée, augmenta au bout de quelques jours, et bientôt la malade en rendit près de mille grammes.

Depuis sa guérison, sa santé est devenue parfaite, et quand je l'ai vue dernièrement, 15 janvier 1890, elle ne se plaignait d'aucun malaise.

Obs. II. — *Epithélioma volumineux du rein gauche. Ablation par la méthode transpéritonéale. Abandon du pédicule. Guérison.*

Mme P..., âgée de 42 ans, est une femme vigoureuse, ordinairement bien portante et qui a eu deux enfants.

Depuis deux ans environ, elle se plaint d'une douleur et d'une gêne dans la région du rein gauche. Au bout de quelques mois, son médecin reconnut en effet dans cette région une tumeur assez facilement appréciable. Bientôt la malade rendit de l'urine légèrement sanguinolente, à intervalles irréguliers, mais jamais de sang pur.

Lorsqu'elle vint à Paris, le 1er juin 1890, je constatai chez cette femme une légère altération de l'état général, mais sans troubles bien appréciables.

Toute la région du flanc gauche était remplie par une tumeur qui occupait exactement la place du rein et qu'on sentait dure et bosselée. Elle pénétrait profondément au-dessous des fausses côtes gauches, et s'avançait du côté de la ligne médiane jusque sur le bord externe du muscle droit.

Il ne pouvait y avoir de doute; cette tumeur dure et résistante était évidemment constituée par le rein. Le diagnostic de néoplasme rénal s'imposait. L'examen de l'urine démontra que la quantité habituelle variait entre 800 et 950 grammes. Elle était trouble, jaunâtre et contenait une grande quantité de matières grasses. On ne trouvait que quelques rares globules de sang, des tubuli et une très petite quantité d'albumine.

L'autre rein semblait absolument intact.

Je proposai à la malade une extirpation complète de cet organe malade, extirpation que je me proposai, étant donné le volume de la tumeur, de pratiquer par la voie péritonéale.

L'opération eut lieu le 17 juin 1890, avec le concours de mon collègue le Dr Chaput. Une incision menée un peu en dehors du muscle droit donna facilement accès dans la cavité péritonéale.

L'épiploon fut soulevé et écarté, et je constatai que le côlon descendant se trouvait en dehors de mon incision; je l'écartai donc du côté externe.

Après avoir incisé longuement une couche péritonéale (probable-

ment le mésentère) qui se trouvait à la surface de la tumeur facile à sentir avec le doigt, je trouvai une couche de tissu cellulo-graisseux qui correspondait à l'enveloppe du rein.

A partir de ce moment, je pus avec les doigts et bientôt avec la main toute entière détacher le rein de sa capsule jusqu'au niveau du hile. Cette décortication fut surtout pénible en haut, dans la partie qui avoisinait le diaphragme et les fausses côtes. A ce niveau, le rein était plus gros, plus irrégulier, et son enveloppe cellulo-graisseuse était plus épaisse et plus difficile à déchirer. Enfin je pus attirer toute la masse au dehors, et bientôt il fut possible de dénuder le pédicule et de reconnaître assez nettement les organes qui le composaient.

Une double ligature en chaîne, avec un gros cordon de soie, assura l'hémostase, et le pédicule fut coupé à environ un centimètre du bassinet.

Je recherchai avec soin, sur la surface du pédicule que je maintenais au dehors au moyen d'une pince, la lumière de l'uretère, et je cautérisai avec la pointe d'un thermocautère cette cavité jusqu'à la ligature. Ce pédicule ainsi préparé fut abandonné profondément dans la plaie.

L'ouverture de l'abdomen fut fermée avec huit sutures au crin de Florence.

L'opération avait été très rapide et avait duré à peine une demi-heure. Elle avait donné peu de sang.

Examen de la tumeur. — Ce rein, très volumineux, pesait environ 400 grammes; il avait 19 centimètres de longueur sur 10 centimètres de largeur. Cet organe semblait divisé en deux partie : l'une, qui correspondait à l'extrémité supérieure du rein dans sa position naturelle et qui était plus grosse, plus irrégulière et légèrement bosselée; l'autre au contraire, constituant à peu près le tiers de l'organe, avait la forme et l'aspect du rein normal.

La capsule qui entoure le tissu malade est épaissie et très adhérente.

Sur une coupe partant du bord convexe du rein et pénétrant jusque dans le bassinet, il était facile de constater ce qui suit :

Le tiers supérieur de l'organe était transformé en une substance d'aspect particulier, d'un rouge jaunâtre, et qui n'était autre que du tissu cancéreux. Cette partie était entourée extérieurement par l'enveloppe du rein épaissie et très adhérente, mais nullement perforée. Du côté opposé, cette partie malade arrivait au contact du tissu du rein intact et paraissait assez distincte de ce tissu.

Enfin toute la partie inférieure du rein avait l'aspect normal avec ses pyramides.

Mais ce qui frappe à l'examen de cette pièce, c'est la transition brusque qui existe entre le tissu néoplasique et le tissu sain.

L'examen histologique, pratiqué avec soin, montra que nous étions en présence d'un épithélioma tubulé caractéristique.

On ne trouvait quelques tubuli de l'organe primitif qu'à la périphérie de la partie malade.

Ce rein fut présenté devant la Société de chirurgie le 18 juin 1890, p. 475. J'insistais dans cette présentation sur l'analogie frappante qui existait entre ce rein et celui que j'avais enlevé le 8 février 1888, à la Salpêtrière, sur une malade qui était guérie depuis cette époque, sans récidive.

Les suites de l'opération furent parfaites. La malade éprouva quelques douleurs profondes qui furent calmées par la morphine.

La quantité d'urine, tombée d'abord à 450 grammes, remonta bientôt à 800 grammes sans présenter d'altération.

En un mot, on ne put noter aucun phénomène inquiétant jusqu'au dizième jour, au momont où on enleva les fils de suture.

La convalescence continua dans d'excellentes conditions jusqu'au trentième jour, et la malade allait retourner chez elle quand elle fut prise brusquement d'une pleurésie du côté gauche avec phénomènes assez aigus et un peu d'épanchement. Cette pleurésie dura environ trois semaines et présenta deux poussées successives assez fatigantes pour la malade. Mais bientôt tous ces phénomènes s'amendèrent, et la malade rentra chez elle le 10 août en excellent état. Il s'agissait dans ce cas d'une pleurésie rhumatismale à répétition. Tel fut le diagnostic posé par mon ami le Dr Sevestre, qui fut appelé pour la soigner.

Depuis cette époque, j'ai eu de ses nouvelles directes le 17 octobre, le 20 décembre 1890 et le 6 janvier 1891. Sa santé est excellente. Elle n'éprouve aucune souffrance et la quantité d'urine paraît être environ d'un litre.

Obs. III. — *Rein polykystique en partie suppuré, déplacé dans la fosse iliaque gauche. Ablation par la voie péritonéale. Abandon du pédicule dans l'abdomen, sans drainage. Abcès lombaire consécutif; ouverture de cet abcès. Guérison.*

Mme L..., âgée de 30 ans, m'est adressée par le Dr Lorimy (de Coulommiers). Cette jeune femme s'est mariée à 25 ans. Elle a eu deux enfants dont l'un a 4 ans, et l'autre 2 ans et demi.

Au commencement de l'année 1888, plus de six mois après sa dernière couche, commencèrent à se développer des phénomènes du côté de l'abdomen et surtout du flanc gauche.

Elle eut à cette époque, sans cause appréciable, une poussée péritonéale du côté de la partie supérieure de la fosse iliaque gauche. Elle fut alors très malade pendant plusieurs semaines.

Après cette poussée péritonéale assez grave, on sentait dans la fosse iliaque une tumeur dure, douloureuse, et qui ne présentait pas de caractère bien spécial. En même temps, on constatait la présence d'une assez grande quantité d'albumine dans l'urine. On la mit au régime lacté, ce qui améliora rapidement son état.

Malgré cela, la tumeur, située dans la fosse iliaque, augmenta progressivement de volume, tout en donnant très peu de douleur, mais en entretenant chez la malade un affaiblissement considérable.

Les urines restèrent troubles et très odorantes. Les envies d'uriner

étaient assez fréquentes, sans qu'il y eût cependant de cystite véritable.

Quand je vis cette malade pour la première fois, au mois de juin 1890, je constatai la présence d'une tumeur un peu irrégulière, assez manifestement fluctuante quoique très tendue, occupant la partie supérieure de la fosse iliaque, se rapprochant un peu du détroit supérieur et remontant jusque dans le voisinage des côtes.

La région du rein gauche était absolument libre. L'utérus et la région de l'ovaire n'avaient aucune connexion avec cette tumeur. Il était donc difficile d'établir un diagnostic précis sur l'origine de cette affection. Cependant le trouble de l'urine, son odeur ammoniacale et surtout la présence de quelques globules purulents me firent penser à une affection du rein.

Je proposai une intervention radicale qui ne fut pas acceptée tout d'abord. Cependant la malade revint à Paris un mois et demi après, et l'opération eut lieu le 19 août 1890.

Je fis une incision verticale à peu près sur le milieu de la tumeur, à égale distance entre l'ombilic et la crête iliaque. Le péritoine fut largement ouvert, les anses d'intestin et l'épiploon refoulés en dedans. J'incisai profondément un feuillet du péritoine et j'arrivai sur la paroi du rein kystique qui était irrégulière et comme cloisonnée.

Une ponction pratiquée avec une aiguille de l'appareil Potain donna issue à 120 grammes de liquide incolore et presque transparent.

L'écoulement s'étant arrêté, je constatai que le volume total de la tumeur avait à peine diminué, et que par conséquent il existait plusieurs loges. Afin d'explorer la tumeur elle-même, je saisis avec des pinces la partie qui venait d'être vidée, et la tirant légèrement au dehors, je la fendis largement. Mon doigt introduit dans cette cavité la trouva lisse et put l'explorer avec soin.

Je fus fort étonné alors de constater que, par un pertuis situé dans la profondeur, sortait un liquide tout autre que celui primitivement extrait de cette poche : il était rouge, jaunâtre et avait une odeur d'urine très prononcée.

J'étais donc bien nettement en présence d'un rein contenant plusieurs poches; aussi je me hâtai de le séparer des parties voisines afin de l'enlever en totalité. Cette séparation fut assez pénible, car cet organe malade avait contracté des adhérences. Cependant j'arrivai à le décortiquer, à l'extraire au dehors et à n'avoir plus qu'un pédicule formé par les vaisseaux qui pénètrent dans le hile. Une double ligature avec un fort cordonnet de soie, comprenant l'uretère et les gros vaisseaux, permit une hémostase complète; le pédicule fut coupé près de l'origine du bassinet.

Je pris la précaution de nettoyer exactement le moignon du pédicule avec l'eau phéniquée forte et je cautérisai à plusieurs reprises avec le thermocautère la partie de l'uretère située au delà de la ligature. Enfin j'abandonnai ce pédicule et fermai la plaie abdominale avec sept points de suture.

Examen de la tumeur. Le rein enlevé pesait 520 grammes et mesu-

rait 22 centimètres sur 16; il présentait les altérations suivantes : une partie des pyramides semblait avoir disparu et était remplacée par une poche kystique en communication avec le bassinet par un pertuis relativement petit. Ces poches contenaient du liquide urinaire jaunâtre et puriforme.

Trois autres cavités contenant du liquide presque transparent, analogue à celui que j'avais extrait, semblaient ne pas communiquer avec les autres. Il paraissait donc y avoir là un mélange de maladie kystique et d'hydronéphrose suppurée.

On ne trouvait ni calculs ni abcès. La substance rénale était partout très atrophiée.

Immédiatement après l'opération, les urines, qui avaient diminué et dont le poids total était tombé à 550 grammes, devinrent limpides et remontèrent bientôt à 875 grammes.

Rarement les suites immédiates d'une opération furent plus heureuses que chez cette malade. Elle eut à peine quelques douleurs, pas de fièvre; la température ne dépassa pas 37°,2, et cela jusqu'au 15 septembre.

Ce jour-là, dans la soirée, survint assez brusquement une fièvre violente accompagnée de douleurs vives dans la région lombaire gauche. Le lendemain, je constatai ces nouveaux accidents. On sentait, au-dessous de la crête iliaque gauche et s'étalant au-dessus, un empâtement profond et une chaleur locale très appréciable.

Pendant un mois, cette phlegmasie profonde resta à peu près stationnaire. La malade avait assez régulièrement le soir une température de 39°, qui le matin tombait à 37°,5; en même temps de l'inappétence, de l'amaigrissement et quelques petits frissonnements. Il était donc évident qu'il se produisait un foyer de suppuration au niveau du pédicule remonté dans sa région normale.

J'hésitai plusieurs fois à aller à la recherche de cette suppuration profonde qui me semblait peu étendue, mais qui s'accompagnait d'une induration inflammatoire assez considérable.

Enfin, le 16 octobre, je fis dans la masse indurée une longue incision, en suivant le bord externe de la masse sacro-lombaire gauche, et à 7 centimètres de profondeur. Je traversai des tissus lardacés, et tombai dans un foyer purulent. Celui-ci avait le volume du pouce, contenait du pus caséeux et envoyait vers la colonne vertébrale un prolongement de 2 à 3 centimètres.

Je ne pus constater ni la présence d'un fil à ligature ni rien autre chose expliquant la formation de cette collection.

Cette cavité et le trajet qui lui faisait suite furent nettoyés avec soin et drainés avec la gaze iodoformée.

Une surveillance attentive et des pansements quotidiens empêchèrent l'infection de cette plaie qui heureusement se trouvait déclive dans la position horizontale et permettait facilement l'écoulement des liquides.

Bientôt l'état général s'améliora, la cavité se combla rapidement.

La malade put retourner chez elle, en province, le 1er décembre, avec une fistulette insignifiante. Enfin, le 2 janvier, je reçus directe-

ment de ses nouvelles. Elle a engraissé rapidement. La quantité d'urine dépasse un litre par jour, et est parfaitement limpide; la fistule est presque complètement tarie, et la malade actuellement peut être considérée comme absolument guérie.

Obs. IV. — *Rein polykystique du côté droit. Ablation à travers le péritoine. Pédicule perdu. Guérison.*

Mme R..., âgée de 55 ans, a eu plusieurs enfants et a toujours joui d'une excellente santé, sauf qu'elle est sujette à des névralgies rebelles dont le siège est variable.

En 1885, cette dame eut des douleurs assez violentes et persistantes dans la région du flanc droit et un peu en arrière. Ces douleurs étaient sourdes et assez permanentes; elles ne rappelaient en rien des coliques hépatiques.

Dès cette époque, le professeur Rouvier put constater dans la région du rein une tumeur légèrement bosselée, très douloureuse et qui semblait déjà dépendre du rein lui-même. On ne constatait aucune modification dans les urines.

Pendant plus de quatre années, les douleurs persistèrent avec des oscillations, et la petite tumeur était toujours perceptible, mais la santé de la malade ne paraissait pas altérée, malgré la quantité considérable des médicaments narcotiques qu'elle dut prendre pour supporter ses douleurs.

Vers le début de l'année 1890, non seulement les douleurs augmentèrent en s'irradiant dans les régions voisines, mais la tumeur augmenta notablement, pour acquérir, à la fin de septembre, un volume considérable. En effet, elle était assez grosse pour faire dans le décubitus dorsal une saillie très appréciable au-dessous des fausses côtes et dans le flanc du côté droit. A cette époque, la malade souffrait horriblement et ne pouvait être calmée que par des piqûres de morphine souvent répétées.

Cependant l'état général s'était conservé assez parfait. La malade avait peu maigri et l'urine ne présentait rien d'anormal, sauf que la quantité paraissait avoir diminué et ne dépassait guère 900 à 950 grammes.

Lorsque je vis la malade pour la première fois, le 20 septembre 1890, je constatai nettement tous les caractères d'une tumeur du rein volumineuse, occupant la région de cet organe en arrière et à droite et se prolongeant du côté de l'ombilic. Sa surface semblait légèrement bosselée; elle était dure, résistante, et on ne pouvait pas nettement trouver de fluctuation.

Les caractères de cette tumeur étaient tels qu'on ne pouvait hésiter sur la présence d'un rein malade; mais il était difficile de faire un diagnostic précis. Cependant l'idée d'une tumeur maligne était éloignée par ce fait que la maladie semblait dater de cinq ans, que la malade avait peu maigri, et qu'on ne trouvait aucun trouble urinaire, sauf une légère diminution de quantité.

Dans ces conditions, je n'hésitai pas à proposer une ablation totale

de l'organe malade, et je pris même la résolution de pratiquer cette opération à travers le péritoine, afin d'avoir plus de facilité pour extraire la tumeur et lier le pédicule.

L'opération eut lieu le 7 octobre 1890, avec l'aide de M. le professeur Rouvier.

Une incision verticale de 12 centimètres environ, commençant au-dessous des fausses côtes droites, un peu en dehors du muscle droit, permit d'atteindre la cavité péritonéale. L'épiploon, qui se présentait dans le fond de la plaie, fut refoulé en dedans et en haut. Le côlon ascendant appliqué contre la tumeur fut refoulé en dehors.

Je coupai alors un feuillet péritonéal légèrement épaissi, sur une étendue à peu près égale à la plaie abdominale. Cette incision se fit presque à sec, avec une ou deux pinces à forcipressure.

Après avoir écarté les bords de cette incision du mésentère, je trouvai une couche de tissus celluleux avec quelques parcelles graisseuses recouvrant la tumeur, et je pus bientôt reconnaître qu'il s'agissait d'un très gros rein polykystique.

La surface de l'organe était parsemée de mamelons séparés par des sillons et correspondant à des poches kystiques.

Je pensai aussitôt à enlever ce rein en totalité sans le ponctionner. L'incision de la plaie abdominale et du mésentère fut légèrement agrandie, et je pus, en suivant avec les doigts exactement la surface de la tumeur, la décortiquer en son entier. J'eus cependant quelques difficultés à la séparer des parties voisines, sous les fausses côtes et la face inférieure du foie. Bientôt je pus faire saillir le rein au dehors, en donnant issue d'abord à son extrémité inférieure, ce qui fut facile, car il était allongé dans le sens vertical.

Lorsque la tumeur fut en dehors de l'abdomen, je disséquai avec soin le pédicule formé par les vaisseaux et l'origine du bassinet. Une double ligature en chaîne fut placée sur ce pédicule.

Enfin, la tumeur fut enlevée; je désinfectai avec soin le moignon du pédicule, et surtout je cautérisai avec la plus grande attention la portion de l'uretère située au delà de la ligature.

Le pédicule fut alors rentré dans le fond de la plaie, et l'ouverture abdominale obturée au moyen de dix sutures au crin de Florence. L'opération avait été très rapide, sans aucun incident et avait duré à peine une demi-heure.

Examen de la tumeur. — Il s'agissait bien nettement d'un rein polykystique formé d'une quantité innombrable de poches indépendantes contenant du liquide transparent, assez limpide, qui avait, au moins pour la plupart des kystes, une odeur d'urine manifeste.

Sur une coupe totale de l'organe, on voyait que la substance propre du rein était presque entièrement détruite, sauf quelques lamelles situées à la surface des poches kystiques.

Le bassinet, presque effacé, paraissait intact.

Le rein avait 17 centimètres de longueur, 14 centimètres de largeur et pesait environ 1,700 grammes avant que le liquide fût évacué.

Les suites de l'opération furent parfaites au début. La quantité

d'urine atteignit rapidement 6 à 700 grammes par 24 heures. Il n'y eut pas de fièvre pendant les premiers jours.

Vers le cinquième jour, le ventre se ballonna; la malade fut un peu agitée et présenta une température assez élevée ; une purgation énergique fit aussitôt tomber la fièvre. Cependant, sans que ces symptômes eussent aucune gravité, les douleurs persistèrent du côté de la plaie opératoire et ne pouvaient être calmées que par la morphine.

Le huitième jour, la température était de 37°,5.

Les fils de suture furent enlevés le dixième jour. L'un d'eux avait donné lieu à la formation d'un peu de pus.

Depuis cette époque, la malade, qui a des troubles nerveux assez graves et anciens, souffre encore dans la région rénale. Mais la santé générale s'est améliorée.

Obs. V. — Cette observation de la première opération que j'ai pratiquée par la méthode transpéritonéale, le 22 février 1888, a été publiée dans les Bulletins de la Société de chirurgie le 4 juin 1890 (p. 431).

Il s'agissait d'un énorme épithélioma du rein, chez une femme de 45 ans.

Le succès opératoire, la survie de la malade donnaient un grand intérêt à cette communication. En outre je signalais la forme spéciale que présentait la tumeur développée dans la partie supérieure du rein.

Enfin, je rappelais que, dans le cours de cette opération, j'avais employé la méthode proposée par notre collègue, M. Terrier, méthode qui consiste à isoler le pédicule de la cavité péritonéale, en réunissant à la plaie abdominale les lambeaux de la coque fibreuse du rein enlevé.

Obs. VI. — *Rein très gros, tuberculeux et suppuré du côté droit, avec cystite purulente. Ablation par la voie péritonéale. Drainage avec la gaze iodoformée. Guérison.*

Je fus appelé le 1er novembre 1890, par mon ami le Dr Theveny, auprès d'une jeune fille de 25 ans, qui était alors dans un état de santé des plus alarmants.

Cette fille vigoureuse, bien portante, avait été prise au mois de septembre 1889, à la suite, dit-elle, d'un refroidissement, d'une cystite assez violente qui devint bientôt purulente et qui s'accompagnait de douleurs vives dans la région des reins.

La malade eut de la fièvre, maigrit rapidement, et depuis cette époque, la cystite purulente persista et continua à l'affaiblir.

Deux ou trois mois après le début de cette affection, M. Theveny s'aperçut que le rein droit était volumineux et surtout très douloureux à la pression. Petit à petit, cet organe augmenta de volume jusqu'à atteindre non seulement le flanc, mais la partie supérieure de la fosse iliaque et le voisinage de la région ombilicale.

Quand je vis la malade le 1er novembre, elle était effroyablement

amaigrie, se nourrissant à peine d'un peu de lait. Elle avait de la diarrhée, des urines purulentes et ammoniacales; elle avait ressenti plusieurs frissons, et depuis plusieurs semaines était en proie à une fièvre hectique très accentuée.

Le rein suppurait certainement ; on ne pouvait discuter d'autre hypothèse ; il occupait tout l'hypocondre, se confondant en arrière avec le foie et descendait obliquement jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic.

Malgré que l'urine fût purulente, elle était rendue en quantité assez grande (environ 1,200 gr.) pour qu'on pût penser que le rein gauche fonctionnait normalement; du reste, l'examen de cet organe ne révélait aucune altération.

L'hésitation n'était pas permise. La seule chance de salut était d'enlever ce rein en totalité.

L'opération fut pratiquée le 12 novembre.

Une large incision située sur le côté droit, à quatre travers de doigt du muscle droit, donna accès dans la cavité péritonéale. La séreuse n'était pas altérée, et comme les intestins, y compris le côlon ascendant, avaient été refoulés latéralement par la tumeur qui venait au contact de la plaie abdominale, je n'eus pas à m'occuper de les écarter et je ne les vis même pas.

J'incisai largement le feuillet péritonéal mésentérique épaissi qui coiffait la tumeur, et j'eus soin de maintenir les lèvres de cette incision avec plusieurs pinces à forcipressure.

J'arrivai ainsi sur l'enveloppe graisseuse du rein, épaisse, fibreuse, rugueuse, qui adhérait intimement. A la surface de l'organe, avec beaucoup de patience, je parvins à déchirer cette enveloppe, à la lacérer, en détachant le rein de proche en proche. Bientôt, je pus saisir presque la moitié de l'organe dans la main, et je sentais manifestement que dans son intérieur existait une ou plusieurs poches purulentes.

Je renouvelai alors mes tentatives vers les parties profondes, espérant arriver à produire une décortication totale qui m'aurait permis d'extraire l'organe entier en dehors de l'abdomen, sans ouvrir l'abcès central.

Malheureusement, en cherchant à détacher cet organe sur la partie supérieure, au-dessous du foie, je fis une large brèche, pénétrai dans la péritoine et reconnus la face inférieure et le bord inférieur du foie. Cette large brèche fut aussitôt protégée par une grosse éponge. Mais lorsque je voulus continuer l'extraction dans le voisinage du hile, l'extrémité de mes doigts rompit la poche purulente et le pus fit issue au dehors. Heureusement que, à ce moment, plus de la moitié de l'organe était déjà en dehors de l'abdomen.

Il me fut ainsi possible, grâce à l'emploi de nombreuses éponges, de faire sortir tout le pus de plusieurs poches successives, sans qu'il en tombât une goutte dans le fond de la cavité de décortication, ni dans le péritoine.

Enfin, après avoir dilacéré, déchiré et enlevé par lambeaux ce rein, j'arrivai à n'avoir plus qu'un gros pédicule situé dans le fond de la

cavité ainsi formée et que constituaient manifestement le bassinet très épaissi et les vaisseaux entourés de tissu fibreux.

Ne pouvant attirer au dehors ce pédicule qui restait fixé dans le fond de la plaie, et n'osant placer des ligatures sur lui, je me contentai de l'étreindre le plus loin possible avec une longue pince à clamp courbe et m'attachai, dès lors, à résèquer en avant de la pince toute la partie extérieure du pédicule contenant encore des morceaux assez gros dn rein.

Au moment où cette manœuvre fut terminée, je m'aperçus qu'une petite portion du pédicule avait échappé à la pince et donnait du sang. Une petite pince à forcipressure arrêta aussitôt l'hémorragie.

Un nettoyage parfait de la plaie fut opéré au moyen d'éponges et d'eau phéniquée forte, et j'eus bientôt sous les yeux une vaste poche fibreuse garnie de lambeaux déchirés et maintenue béante au niveau de la paroi abdominale par une collerette de pinces. Au fond de cette cavité se trouvait le pédicule avec ses deux pinces. Enfin une brèche considérable s'ouvrait dans le péritoine à la partie supérieure. La face inférieure du foie venait s'appliquer sur cette ouverture.

Je n'hésitai pas : au moyen de sept à huit sutures au catgut, je réunis les deux bords de cette fente péritonéale, et bientôt j'eus la satisfaction de ne plus apercevoir la face inférieure du foie.

Il ne me restait plus qu'à suturer les bords de l'enveloppe fibreuse aux bords de la plaie abdominale pour avoir une cavité indépendante. Cette suture fut faite assez facilement presque partout, sauf au niveau de la face inférieure du foie où il y eut une lacune.

La cavité ainsi isolée fut nettoyée à fond et bourrée de gaze iodoformée.

L'opération avait été très laborieuse. Cependant la malade supporta assez bien le choc opératoire, et se réveilla un quart d'heure après sans être par trop affaiblie.

Examen de la tumeur. — Ce rein, qui était très gros, puisqu'on peut l'évaluer au volume des deux poings d'un adulte, était réduit, après l'opération, à un amas de morceaux informes. Cependant il était facile de constater des foyers caséeux évidents et, à la surface des poches, des débris de tuberculose.

L'examen histologique ne laissa du reste aucun doute; mais comme les plaies n'étaient pas fraîches, on ne put faire ni cultures ni inoculations.

Les suites de cette opération furent parfaites, et l'état de cette malade, si précaire avant l'intervention, s'améliora rapidement. Dès les premiers jours, l'urine fut assez abondante (7 à 800 gr.), toujours légèrement puriforme, mais moins qu'auparavant. Des lavements abondants furent pratiqués tous les quatre jours dans cette poche anfractueuse qui diminua.

La malade s'alimenta et ne présenta jamais d'élévation de température.

Le seul phénomène qui, pendant longtemps, troubla son sommeil, fut une inflammation vesicale persistante avec envies fréquentes d'uriner. Cet état s'accentua surtout vers la fin du mois de novembre.

Grâce à des lavages boriqués souvent répétés, la vessie devint tolérante et l'urine de moins en moins trouble.

A la fin de décembre, la malade avait beaucoup engraissé; elle se levait et marchait seule. La plaie opératoire était réduite à un pertuis très fin donnant à peine du liquide. Enfin les phénomènes de cystite, sans avoir complètement cessé, étaient très atténués.

Enfin, d'après les dernières nouvelles, la malade semble complètement rétablie à la fin de janvier 1891.

Conclusions. — Des considérations qui précèdent et des observations que j'y ai jointes, je tirerai les conclusions suivantes :

1° Il semble probable que la méthode intra-péritonéale sera la méthode de choix pour l'ablation des reins volumineux ou déplacés;

2° Dans la plupart des cas, surtout quand il s'agit de tumeurs solides ou liquides sans suppuration, le pédicule pourra être réduit dans l'abdomen et la plaie abdominale obturée immédiatement;

3° Les seuls cas qui échapperont à cette règle seront ceux dans lesquels la difficulté de lier le pédicule aura nécessité l'emploi de pinces à demeure. Il en sera de même lorsque la désinfection de l'uretère n'aura pas pu être assurée d'une façon complète. Dans ces cas, on réunira les lambeaux de l'enveloppe fibreuse péritonéale aux bords de la plaie et on drainera cette cavité.

Présentation de pièce.

Tumeur volumineuse du rein gauche (épithélioma).

M. Terrillon présente une volumineuse tumeur du rein qu'il a enlevée le matin même chez un homme âgé de 45 ans.

L'ablation fut pratiquée par la voie transpéritonéale; elle fut très difficile, car le rein très gros présentait des bosselures et avait pris, en plusieurs points, des adhérences assez intimes avec la coque fibreuse très épaisse. Après l'ablation, il sembla impossible d'abandonner le pédicule et d'obturer immédiatement la plaie opératoire. Aussi l'enveloppe fibreuse fut-elle soudée avec soin à la plaie abdominale. La poche résultant de la décortication, au fond de laquelle se trouvait le pédicule lié avec soin, fut drainée avec la gaze iodoformée.

Le rein enlevé pesait 1,500 grammes. Il présentait plusieurs bosselures indiquant que le néoplasme sous-jacent menaçait de perforer l'enveloppe propre de cet organe.

Sur une coupe longitudinale, on voyait que la tumeur était composée de deux parties distinctes: l'une correspondant à la partie inférieure et constituée par du tissu rénal intact, et représentant environ le tiers de l'organe sain. A côté de cette partie d'apparence normale, existait un néoplasme jaunâtre, irrégulièrement teinté de parties rougeâtres et qui semblait avoir subi dans la plus grande partie de son étendue un certain degré de nécrobiose.

Cette partie malade, constituant au moins les cinq sixièmes de la tumeur totale, était en continuité directe avec le tissu sain; il existait, au niveau de la séparation des deux tissus, une simple ligne de démarcation.

Cette pièce peut être rapprochée, par son apparence, de celle qui a été déjà présentée par M. Terrillon le 18 juin 1890. Dans ces deux cas, le néoplasme avait envahi une partie de la substance rénale en respectant complètement la région voisine.

La pièce fut examinée par M. Brault, qui découvrit la présence d'un épithélioma tubulé du rein analogue à ceux qui faisaient l'objet de la communication faite par M. Terrillon dans la séance du 11 février (Société de chirurgie).

Cet épithélioma était en partie dégénéré et devait dater de plusieurs années; les parties jaunes et caséeuses signalées dans l'examen macroscopique correspondaient à cette dégénérescence.

Présentation d'appareil.

M. Quenu. Je présente, au nom de M. Sorel, un appareil destiné à produire de l'eau distillée stérilisée. Cet appareil se compose d'une chaudière et d'un serpentin placé dans un réfrigérateur, comme tout appareil à distillation; mais entre le serpentin et la chaudière, il existe trois tubes sous lesquels est situé un appareil de chauffage à gaz : ces trois tubes débouchent dans un carrefour en communication avec le serpentin; dans ce carrefour plonge un thermomètre gradué jusqu'à 220°; il en résulte qu'on peut surchauffer la vapeur jusqu'à 200°. L'appareil a été stérilisé une fois pour toutes en faisant passer de la vapeur surchauffée dans le serpentin non entouré d'eau froide. Quant au récipient qui communique avec la terminaison du serpentin, il a été lavé avec une solution d'acide sulfurique, ensuite neutralisée. Le robinet de ce récipient est susceptible d'être stérilisé par un bec de Bunse.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
G. Richelot.

Séance du 18 février 1891.

Présidence de M. TERRIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. le Dr FÉLIZET, chirurgien des hôpitaux, qui se porte candidat à la place de membre titulaire déclarée vacante ;

3° Une lettre annonçant la mort de M. le Dr DAVAZ (d'Aix-les-Bains), membre correspondant de la Société de chirurgie depuis 1860 ;

4° Un mémoire de M. HICQUET (de Liège), sur trois cas de thyroïdectomie ;

5° Un mémoire de M. Jules BŒCKEL (de Strasbourg), intitulé : *Des kystes pancréatiques ;*

6° Un mémoire de M. le Dr Gaspar GORDILLO LOZANO, intitulé : *Las injecciones de Koch.*

Rapport.

Sur une statistique opératoire, présentée par M. le Dr DELAGÉNIÈRE.

Rapport Par M. TERRIER.

Messieurs, M. le Dr H. Delagénière (du Mans) nous a communiqué sa statistique opératoire depuis le 4 juin 1890 jusqu'au 1er janvier 1891, c'est-à-dire pendant sept mois.

Pendant ce court espace de temps, M. le Dr H. Delagénière a fait 119 opérations qu'on peut ainsi résumer :

5 opérations sur les yeux et les paupières (dont 2 cataractes) ; 5 succès.

22 opérations sur la tête et la face (dont 1 trépanation, 1 bec-de-lièvre compliqué et 3 urano-staphylorrhaphies) ; 22 succès.
5 opérations sur le cou ; 5 succès.
9 opérations sur le thorax et le sein (dont 8 ablations du sein) ; 9 succès.
9 opérations sur l'abdomen et l'intestin (dont 2 gastrostomies, 3 cures radicales de hernies, 2 extirpations de cancers du rectum) ; 6 succès et 3 morts.
2 opérations sur le bassin (dont 1 trépanation pour abcès) ; 2 succès.
42 opérations sur les organes génitaux de la femme, dont 14 laparotomies pour kystes, salpingites, hystéropexies, fibromes) ; 39 guérisons et 3 morts.
2 opérations sur les organes génitaux de l'homme ; 2 succès.
4 opérations sur les voies urinaires (dont 1 taille hypogastrique et 2 uréthrotomies) ; 4 guérisons.
8 opérations sur le membre supérieur ; 8 succès opératoires.
11 opérations sur le membre inférieur ; 11 succès

En fait, sur 119 opérations, M. H. Delagénière a eu 6 décès, dont voici l'analyse :

1° Un opéré de gastrostomie, glycosurique et à la dernière période de faiblesse, par suite de son cancer œsophagien qui le faisait mourir de faim, succomba épuisé douze jours après l'intervention ;

2° Une opérée de hernie ombilicale étranglée mourut subitement le 12e jour, probablement d'embolie. La plaie était absolument guérie ;

3° Un malade opéré de cure radicale de hernie inguinale, qui s'était étranglée quelques jours avant l'intervention, mourut subitement aussi au 13e jour. La plaie opératoire était tout à fait fermée.

Dans ces trois cas, il nous semble, avec M. Delagénière, qu'il est impossible d'incriminer l'opération et de la rendre responsable de la mort survenue tardivement, dans les derniers cas par embolie très probablement, et dans le premier cas par épuisement ;

4° Une malade mourut de péritonite septique après ablation de deux pyo-salpingites. Ici, l'intoxication mortelle résulte de l'intervention, mais n'a rien qui soit extraordinaire, en ce sens qu'il est toujours difficile dans ces cas d'éviter l'auto-inoculation due à la rupture de poches purulentes des annexes ;

5° Une autre malade succomba quelques heures après l'ablation par la laparotomie d'une tumeur maligne de l'utérus, généralisée au péritoine. Il s'agit ici d'un choc traumatique avec hémorrhagie opératoire.

Enfin, dans le sixième cas, il s'agit d'une femme opérée d'un gros fibrome sphacélé, infectée lors de l'opération, car elle avait 40°, et qui mourut subitement le 12ᵉ jour, probablement d'embolie.

Comme vous le voyez, messieurs, sur ces six cas de mort, un seul est imputable à la septicémie.

Dans toutes les opérations qu'il relate, M. Delagénière, qui a été interne de M. Lucas-Championnière et mon interne à Bichat, a suivi rigoureusement la méthode antiseptique combinée à l'asepsie ; aussi, dans la plupart de ces opérations, a-t-il obtenu des réunions par première intention.

Messieurs, je vous propose d'adresser des remerciements à M. Delagénière et de déposer son travail aux Archives.

Rapport.

Sur une observation communiquée par M. le Dʳ E. Monod, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, intitulée : *Sarcome périostique de l'extrémité supérieure de l'humérus avec envahissement de l'aisselle et de la région scapulaire. Amputation dans la contiguïté du tronc ; succès opératoire ; mort au bout de trois mois par généralisation pulmonaire.*

Rapport par M. Berger.

Sous ce titre, M. le Dʳ E. Monod (de Bordeaux) vous a communiqué une observation très intéressante dont voici, en résumé, les principaux traits :

Un sujet de 20 ans voit, depuis six mois, se développer une tuméfaction notable de l'épaule, survenant à la suite de douleurs vagues dans le membre, tuméfaction et douleurs qui, dans le dernier mois, subissent un accroissement très rapide et le déterminent à s'adresser à M. le Dʳ E. Monod.

Celui-ci constate l'existence d'une tumeur solide, de consistance inégale, n'adhérant pas à la peau qui est tendue et sillonnée de grosses veines : cette tumeur englobe le moignon de l'épaule, soulève le deltoïde, s'étend à la paroi antérieure de l'aisselle et à la région scapulaire postérieure ; elle s'étend jusqu'au tiers supérieur du bras et fait corps avec l'humérus, aux dépens duquel elle s'est manifestement développée. Les mouvements communiqués au membre sont possibles ; les spontanés sont abolis ; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire appréciable ; l'état général est encore assez bon.

Reconnaissant à ces caractères l'existence d'un ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus, le chirurgien n'hésite pas à proposer de suite l'amputation inter-scapulo-thoracique, qui est pratiquée par lui le 9 octobre 1888.

L'opérateur suit exactement le manuel opératoire tel que je l'ai décrit dans l'ouvrage que j'ai fait paraître sur ce sujet chez Masson, en 1887.

Incision longitudinale suivant la clavicule, résection de la partie moyenne de cet os ; ligature double de l'artère, puis de la veine sous-clavières : tel est le premier temps. Puis la paroi antérieure de l'aisselle est sectionnée en suivant le tracé que M. Farabeuf et moi nous avons déterminé pour l'incision ; le paquet vasculo-nerveux est coupé ; la face sous-scapulaire de l'omoplate se détache du tronc ; on complète alors l'opération par l'incision des parties molles de la région postérieure et en abrasant, d'un coup de couteau, toutes les insertions musculaires qui se font à l'omoplate.

La perte sanguine a été insignifiante ; M. E. Monod pratique la réunion des lèvres de la plaie en ménageant des orifices assez nombreux pour le drainage.

Malgré un état de choc opératoire assez prononcé et un peu de suppuration, le malade se remit, et il était complètement rétabli en trois semaines environ. M. Monod le revit un mois après en bon état ; mais, au bout de trois mois, il apprenait sa mort, due à une affection pulmonaire que notre confrère estime, avec raison je pense, devoir être attribuée à une généralisation pulmonaire.

Un des points les plus intéressants de cette observation est l'examen anatomique du membre enlevé ; cet examen démontra qu'il s'agissait d'un sarcome fasciculé ayant débuté au niveau de l'encoche d'ossification de l'épiphyse supérieure de l'humérus et ayant amené le détachement complet de la tête humérale. La cavité articulaire était indemne, mais la plupart des muscles qui se portent de la tête humérale au scapulum étaient envahis par la néoplasie, qui infiltrait le muscle sous-scapulaire et envoyait des prolongements, dont l'un constituait une sorte de kyste sous ce muscle et sous le muscle grand rond.

Ce fait, des plus intéressants et qui fait le plus grand honneur au sens clinique et à l'habileté opératoire de M. le Dr E. Monod, confirme ce que l'on sait du pronostic des ostéo-sarcomes des membres, et des résultats que donne l'amputation même la plus largement pratiquée dans les cas de ce genre.

J'ai fait voir [1], par les faits que j'ai recueillis et analysés avec

[1] Paul Berger, *l'Amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc*. Paris, Masson, 1887, p. 135.

soin, que l'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc donne, en cas de tumeur maligne de l'humérus, une mortalité post-opératoire très faible (19 0/0), et qui deviendrait presque nulle si l'opération était pratiquée à temps et si les opérateurs suivaient religieusement les règles de la méthode antiseptique. Mais la proportion des récidives est considérable, puisque, sur 11 cas de tumeurs de l'humérus dont la nature maligne avait été bien constatée, 8 fois la récidive est survenue entre les limites extrêmes de 1 mois à 17 mois. Cette gravité particulière du pronostic, au point de vue de la repullulation de la tumeur et de sa généralisation, a également été notée par Adelmann dans le travail très complet qu'il a publié à ce sujet dans le XXXVIIe volume de l'*Archiv. für klinische Chirurgie* (p. 681). Elle ne doit pas faire reculer devant l'intervention ; elle doit, au contraire, inviter à la pratiquer le plus rapidement et le plus largement possible.

En cas de tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humérus, la propagation aux muscles de la région scapulaire, et la propagation rapide, est la règle. Ce n'est donc absolument que par l'extirpation de ces muscles et du scapulum sur lequel ils s'insèrent que l'on peut espérer l'ablation complète de la tumeur.

Le fait que nous a communiqué M. le Dr Monod est, à ce point de vue, tout particulièrement démonstratif, puisqu'il nous montre des muscles envahis dans toute leur étendue par des noyaux sarcomateux, tandis que ceux qui se portaient au tronc, grand pectoral, grand dorsal, trapèze, étaient indemnes.

Considérant donc que la gravité de l'amputation inter-scapulo-thoracique est à peine plus élevée que celle de la désarticulation scapulo-humérale ; qu'elle donne un résultat qui n'est pas beaucoup plus défavorable au point de vue de l'application des membres artificiels, et que seule elle permet de se porter bien en dehors des limites du mal, lorsqu'on se décide à agir de bonne heure, *je n'hésite pas à donner comme règle formelle que, dans tous les cas de tumeur maligne de l'extrémité supérieure de l'humérus, c'est l'amputation dans la contiguïté du tronc et non la désarticulation de l'épaule qu'il faut pratiquer.*

Je n'ai rien à dire de plus sur les détails de l'opération. M. E. Monod a prouvé une fois de plus que le manuel opératoire est des plus simples et que l'opération ne s'accompagne que de peu de perte de sang, quand on a le soin de pratiquer la ligature préalable de l'artère et de la veine axillaires, après résection de la partie moyenne de la clavicule ; je dis de l'artère axillaire, car c'est bien l'axillaire à sa partie supérieure, sous le muscle sous-clavier, et non la sous-clavière, qu'on lie par ce procédé. M. Monod n'a même pas cru devoir rechercher l'artère scapulaire supérieure, comme

M. Farabeuf et moi nous avons montré qu'il était facile de le faire avant de sectionner ce vaisseau ; de fait, les artères qui donnent au moment de la section des attaches musculaires de l'omoplate sont facilement et rapidement saisies, et l'écoulement sanguin le plus considérable avec lequel il faille compter est celui que fournissent les veines du membre supérieur et celles de la tumeur au moment où on les intéresse. Le danger auquel le choc opératoire expose le malade constitue le principal risque que court celui-ci. Pour éviter la suppuration, je crois que les opérateurs qui voudront bien s'astreindre à une antisepsie rigoureuse pourront supprimer le drainage et faire d'emblée une réunion complète par première intention.

Discussion.

M. Quénu. La conclusion de M. Berger me paraît un peu absolue. Il faut distinguer les sarcomes déjà étendus, englobant les tendons et les muscles, et les sarcomes à leur début, qui n'ont pas dépassé le périoste. J'ai le souvenir d'un malade du service de M. Tillaux, qui avait la tête humérale à peine augmentée de volume; M. Tillaux, croyant à une ostéite, voulut trépaner la tête de l'os, reconnut la nature du mal au cours de l'opération et fit la résection de l'épaule. Je pense qu'il vaudrait mieux faire, en pareil cas, la désarticulation, mais personne n'aurait songé à l'amputation inter-scapulo-thoracique.

M. Championnière. Contrairement à M. Quénu, je pense qu'il faut toujours aller aussi loin que possible, et que nous avons, dans l'ablation de la totalité de l'épaule, une précieuse ressource contre ces tumeurs graves. Je me fonde, pour dire ainsi, sur le seul cas qui me soit personnel, et où j'ai trouvé les suites opératoires très bénignes, plus bénignes que je n'aurais osé le croire. Songez qu'il y a quelques années vous n'auriez pas hésité à proposer contre ces sarcomes la désarticulation de l'épaule; or, cette opération était forcément alors suivie de suppuration, ce qui la rendait beaucoup plus grave que ne l'est aujourd'hui l'amputation inter-scapulo-thoracique. Pourquoi donc refuseriez-vous cette dernière? Elle donne la chance de bien nettoyer l'aisselle, d'atteindre les voies lymphatiques; elle est certainement plus radicale.

M. Berger. Les cas analogues à celui de M. Quénu sont exceptionnels; il est rare qu'on ait à intervenir quand le sarcome est assez limité pour qu'il n'y ait pas de gonflement. Mais quand l'os est augmenté de volume, le périoste est déjà dépassé, l'infiltration des muscles est commencée, l'évolution est très rapide; aussi

faut-il aller le plus loin possible, puisque l'opération la plus radicale n'est pas beaucoup plus grave.

Le chondrome que j'ai opéré ainsi, en 1883, n'a pas récidivé, et je le considère comme définitivement guéri.

M. Marchand. J'ai opéré, moi aussi, un chondrome, mais je n'ai fait que la désarticulation de l'épaule. Mon malade n'a pas eu de récidive, et il est mort cinq ans plus tard de phthisie pulmonaire.

M. Quénu. Il faut absolument mettre à part les chondromes; ce sont des tumeurs toutes différentes; j'ai opéré un chondrome de l'épaule qui n'a pas récidivé depuis cinq ans. Pour les sarcomes, mon opinion ne diffère pas sensiblement de celle que vient d'exprimer M. Berger; j'ai voulu seulement atténuer un peu ce que sa formule avait d'absolu.

Rapport.

Sur une observation communiquée par M. le Dr Guelliot (de Reims), intitulée : *Greffe par la méthode italienne modifiée; large ulcération du creux poplité consécutive à une brûlure; emprunt d'un lambeau cutané à la cuisse opposée*; *réunion parfaite.*

Rapport par M. Berger.

Dans une des dernières séances, notre collègue, M. Schwartz, vous a présenté un jeune sujet chez lequel il a recouvert une vaste perte de substance créée par l'ablation d'un lupus des régions frontale et sourcilière, par l'application d'un lambeau emprunté au membre supérieur et laissé adhérent à celui-ci par son pédicule, jusqu'à sa parfaite adhésion avec la surface qu'il devait recouvrir. Vous avez pu juger de l'excellence du résultat; pour ma part, j'ai été heureux de voir enfin un de mes collègues avoir recours à un procédé autoplastique au perfectionnement et à la vulgarisation duquel j'ai consacré bien des efforts et qui, jusqu'à présent, a rencontré plus d'indifférence en France qu'en Allemagne, en Angleterre et en Amérique.

Je me félicite donc de pouvoir vous rendre compte d'une nouvelle observation que vient de vous adresser M. le Dr Guelliot (de Reims).

Le titre de cette observation vous donne toute l'histoire du malade. Une ulcération du creux poplité, consécutive à une brûlure, a résisté à tous les moyens employés pour en obtenir la cicatrisa-

tion ; les greffes de Thiersch sont restées inefficaces ; M. Guelliot en pratique l'excision ; sur la surface poplitée avivée il fixe un grand lambeau taillé sur la face antéro-interne de la cuisse opposée, lambeau mesurant environ 73 centimètres carrés et dont les dimensions et le siège ont été rigoureusemeut déterminés d'avance. La suture faite, les deux membres inférieurs sont rendus solidaires par un appareil plâtré préparé d'avance, jusqu'au quinzième jour où, le lambeau paraissant solidement adhérent, son pédicule est sectionné. Ce lambeau a continué à vivre sur sa nouvelle surface d'implantation et la guérison de la plaie du creux poplité est à présent complète, ainsi qu'en témoigne une photographie faite trois mois après l'opération.

Dans la technique de cette opération, M. Guelliot a suivi de point en point les préceptes que j'ai donnés dans mes communications à la Société de chirurgie et au congrès de chirurgie ; je n'ai qu'à renvoyer, pour plus de détails, à une des nombreuses communications que j'ai faites sur la matière. Il a pu constater, comme j'ai pu le faire dans une cinquantaine d'opérations, combien ce procédé est en réalité simple dans son exécution et sûr dans ses résultats. Sa préparation seule demande de l'attention et de la réflexion de la part du chirurgien.

Sur un point seulement, M. Guelliot n'a pas suivi ma pratique : il a laissé le pédicule du lambeau transplanté se cicatriser de lui-même. J'abrège en général la durée du traitement et j'obtiens un résultat plus parfait en adaptant ce pédicule lui-même sur les parties qu'il recouvre par une petite autoplastie secondaire, pratiquée une quinzaine de jours après la section du pédicule.

Ce complément présente surtout quelque importance dans les autoplasties de la face, dans lesquelles il faut éviter toute saillie, toute irrégularité du lambeau.

Je ne puis, d'ailleurs, que féliciter M. Guelliot d'avoir eu recours à cette méthode, jusqu'à présent assez peu suivie, et en constatant avec lui le bénéfice qu'il en a retiré, qu'émettre le vœu que son exemple soit suivi désormais par un grand nombre de chirurgiens.

Communication.

De l'extirpation du rectum par la voie sacrée,

Par M. Richelot.

Quand nous avons discuté, l'année dernière, sur les avantages de la méthode de Kraske[1], j'ai émis l'opinion qu'elle était bonne

[1] Société de chirurgie, 21 et 28 mai 1890.

seulement pour les cancers franchement opérables, et qu'il fallait en rester, pour les autres, aux opérations palliatives connues, telles que l'anus iliaque.

On a plus d'une fois, en Allemagne, attaqué par la résection du coccyx et d'une partie du sacrum des cancers envahissants, inabordables, et c'est pour ce motif, sans nul doute, que certains relevés accusent une mortalité sérieuse. J'estime cependant, pour ma part, que la mortalité doit être nulle ou insignifiante quand l'opération est faite dans des conditions acceptables, et cela d'autant mieux que c'est une opération à ciel ouvert, dans laquelle le chirurgien voit ce qu'il fait, sait où il va, assure commodément l'hémostase et l'antisepsie, et ne fait rien à l'aveugle comme il nous arrivait quelquefois avec la méthode périnéale.

Si la voie sacrée n'avait d'autre mérite que de tenter l'audace des chirurgiens qui aiment les grands délabrements, qui veulent aller toujours plus loin et se montrer toujours plus forts, elle devrait être accueillie avec beaucoup de réserve. Si elle permettait seulement d'oser des interventions palliatives dangereuses contre les cancers « inopérables », elle aurait la valeur très limitée de la plupart des opérations de cet ordre, qu'il s'agisse du rectum, de l'utérus ou de la langue.

Mais si, au contraire, on l'applique aux tumeurs « opérables », à celles qui peuvent être enlevées en totalité, alors sa supériorité est incontestable. Voyons un peu comment les choses se passent. L'incision commence sur la ligne médiane au-dessous du coccyx, et aboutit vers la partie moyenne du sacrum en s'inclinant légèrement à gauche. Énucléez le coccyx en le serrant de près; abattez avec la pince coupante un fragment latéral gauche du sacrum, d'abord minime, quitte à élargir la brèche s'il vous faut plus d'espace. N'ayez pas autrement souci des mesures, des points de repère et des sous-procédés. Alors, à travers le tissu cellulaire, allez droit au rectum, en liant les vaisseaux qui sont nombreux et quelque peu gênants. La tumeur est explorée à travers la paroi rectale, ses limites reconnues avec le doigt; l'intestin ouvert; toutes les parties malades sont enlevées par fragments, séparées avec soin de la prostate ou de la paroi vaginale, poursuivies, réséquées en totalité; l'hémostase est facile et complète; le péritoine est épargné, ouvert par mégarde ou de propos délibéré, puis fermé par quelques points de suture; enfin, le bout supérieur de l'intestin est abaissé, cousu à l'inférieur, et la plaie réunie avec ou sans drainage. L'opération est minutieuse et dure communément deux heures, mais elle offre une aussi grande précision qu'on peut l'exiger.

Ce tableau succinct ne laisse-t-il pas loin derrière lui les opéra-

tions aveugles que nous faisions par la région périnéale? Celles-ci n'étaient réellement bonnes que pour les cancers inférieurs et très limités, qu'on pouvait dépasser largement, pour attirer ensuite le bout supérieur de l'intestin et le souder à l'anus; j'en ai deux exemples, jusqu'ici très heureux, avec guérison persistante et sans récidive depuis onze et dix-neuf mois. Pour les tumeurs à siège élevé, il fallait ou s'abstenir ou faire une opération dangereuse, incomplète, et produire de grands désordres. Quand j'ai dit quelques mots, à la Société de chirurgie, en faveur de l'opération de Kraske, je venais d'extirper un cancer annulaire, circonscrit et mobile, mais très haut situé; j'avais été frappé des avantages de la méthode nouvelle pour les cas de ce genre, et je les traduisais ainsi : « Opérer plus à l'aise, épargner le sang, être sûr de ne pas ouvrir le péritoine ou ne l'ouvrir qu'à bon escient, enfin et surtout conserver le sphincter. » En effet, c'est un point capital de pouvoir épargner le sphincter externe, de n'avoir ni rétrécissement ni incontinence, de guérir son malade sans infirmité. Aujourd'hui, j'ai la même opinion, mais un peu plus d'expérience, et ayant fait l'opération plusieurs fois, je puis montrer, avec faits à l'appui, quels services nous devons en attendre. Les voici d'abord en abrégé :

1° Disséquer méthodiquement les cancers très haut situés, en conservant la région sphinctérienne ;

2° Enlever complètement des cancers nettement circonscrits, mais qui seraient inopérables avec les autres méthodes, leur limite supérieure échappant au bistouri ;

3° Conserver tout ou partie du sphincter externe, même quand la paroi rectale est envahie jusqu'en bas ;

4° Éviter la formation d'un « cloaque » dans les cancers de la paroi recto-vaginale ;

5° Attaquer les récidives encore limitées et donner aux malades une dernière chance de salut;

6° Enfin, rendre plus facile et plus précise l'extirpation des rétrécissements syphilitiques.

Les exemples que je vais citer ne sont que la paraphrase de ces propositions.

Obs. I. — M. M..., 68 ans, a consulté depuis six mois plusieurs médecins pour de petits écoulements sanguins par l'anus: on lui a parlé d'hémorrhoïdes internes. Le Dr Landowski trouve un cancer du rectum et m'adresse le malade.

La région anale est parfaitement saine, ainsi que le rectum, dans une assez grande hauteur; puis le doigt rencontre un cancer annulaire, n'épargnant qu'une petite bande de muqueuse sur la paroi postérieure,

et peu étendu verticalement, car en poussant davantage on atteint le bord supérieur du néoplasme et on le fait descendre un peu en l'accrochant avec la pulpe du doigt, grâce à sa mobilité, à la souplesse et au manque d'adhérences morbides de la paroi rectale avec les organes voisins.

Dans ces conditions, je pourrais attirer la tumeur et dépasser ses limites en extirpant le rectum par les procédés classiques. Mais quel dommage de sacrifier la région anale pour un cancer situé bien au-dessus d'elle, de faire une opération très incommode et forcément aveugle à une si grande hauteur, sans être sûr de pouvoir attirer le bout supérieur de l'intestin pour le réunir à la peau! En abordant le mal par la voie sacrée, j'éviterai tous ces inconvénients.

Opération le 27 mai avec les Drs Landowski, Verchère et Arrivot. — Pour traitement préalable, j'ai prescrit une purgation l'avant-veille, suivie de plusieurs lavements boriqués; mais je n'ai pas cherché l'antisepsie intestinale par le naphtol ou le régime lacté.

L'incision étant faite comme je l'ai indiqué plus haut, j'enlève le coccyx, puis je fais sauter un fragment oblique du sacrum. Alors, agissant tout à mon aise dans cette large brèche et isolant peu à peu le rectum, je reconnais les limites du néoplasme, je dénude l'intestin au-dessus de lui en refoulant le péritoine, puisque la tumeur est assez limitée pour que je n'aie pas besoin de l'ouvrir de parti pris. J'y fais cependant un accroc par mégarde, et je le ferme provisoirement avec une pince. Puis mon doigt déchire le tissu cancéreux et pénètre dans la cavité intestinale; l'ouverture agrandie, j'achève de contourner le bout supérieur en avant, et je le sépare de l'inférieur par un coup de ciseaux porté bien au-dessus du cancer. Ensuite, j'isole le bout inférieur qui supporte la plus grande partie du néoplasme, je le sépare attentivement, et non sans difficulté, des organes situés en avant, vessie, prostate, vésicules séminales; enfin, je coupe l'intestin au-dessous des tissus morbides.

Pendant tout ce temps, j'ai rencontré et pincé beaucoup d'artères hémorrhoïdales. Le bout supérieur n'a donné ni matières ni gaz ; la muqueuse, grâce aux seuls lavements boriqués, ne présente pas la moindre souillure.

Plusieurs ligatures faites et le péritoine fermé par un catgut, je commence à réunir les deux bouts de l'intestin par des fils de soie, puis, avant de le fermer complètement, j'introduis dans sa cavité un gros drain entouré de gaze iodoformée, de manière à tamponner le rectum, à protéger la suture et à favoriser la réunion immédiate, tout en laissant passer les gaz.

La suture circulaire étant achevée, je réunis les téguments par des crins de Florence, après avoir placé dans le tissu cellulaire, de chaque côté du rectum, un drain qui sort par la partie moyenne de la plaie; précaution fort inutile que j'abandonnerai plus tard.

Les suites de cette opération, qui avait duré deux heures, furent des plus simples. Je n'insiste pas sur les détails, ablation du tube, des crins de Florence, etc. Le septième jour, il y eut une poussée de ma-

Paris — Soc. d'Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 41.3.91. *Le gérant* : G. Masson.

tières intestinales qui fit céder quelques points de la suture en arrière, et produisit une fistule stercorale; accident noté dans beaucoup d'observations, et qui n'a pas grande importance, car la fistule guérit toute seule. Ici, cependant, la cure sponlanée n'eut pas lieu. Le malade quitta la rue Oudinot en très bon état, mangeant et digérant bien, au bout d'un mois. Au toucher, le rectum était bien calibré, large au niveau de la suture; le doigt trouvait seulement en arrière une petite dépression marquant l'orifice interne du trajet fistuleux déjà fort rétréci. Puis, les choses restèrent en l'état; il y eut quelques douleurs, l'orifice anormal s'agrandit, et à diverses reprises les matières suivirent le trajet fistuleux. Après un séjour du malade à la campagne, je constatai en octobre une récidive dans le bout inférieur, et, comme de juste, un rétrécissement néoplastique empêchant le cours des matières et obligeant la fistule à fonctionner indéfiniment comme un anus artificiel. M. M... est encore en bon état, et croit à un rétrécissement cicatriciel qu'on pourra un jour dilater ou sectionner.

Tel est mon premier cas. Il répond à la première des propositions que j'ai formulées plus haut : *Disséquer méthodiquement les cancers très haut situés, en conservant la région sphinctérienne.*

Mais la précocité de la récidive m'a fait penser que je ne m'étais pas donné assez de jour du côté du bout inférieur, et que j'aurais eu avantage à fendre le rectum en arrière jusqu'à l'anus inclusivement, pour ouvrir largement l'intestin et mettre en pleine lumière les parties à enlever. J'en aurais été quitte pour reconstituer l'anneau sphinctérien par la suture. J'ai donné suite à cette idée, comme on le verra, chez mes autres malades.

Obs. II. — Mme Y..., 50 ans, est une femme grasse et d'apparence robuste. Elle éprouve depuis dix à douze mois un seul et unique symptôme : un peu d'écoulement sanguin par l'anus avec les garde-robes. Elle n'a, d'ailleurs, ni souffrances, ni constipation, ni diarrhée, ni amaigrissement; mais ses petites hémorrhagies lui donnent de vives inquiétudes. Elle a consulté plusieurs médecins; aucun n'a eu l'idée de pratiquer le toucher rectal.

Je trouve, en l'examinant, une plaque épaisse de cancer ulcéré occupant la paroi antérieure du rectum, empiétant sur les parois latérales, surtout à gauche, laissant indemne la paroi postérieure, descendant jusqu'à l'anus sans paraître au dehors, et montant assez haut pour que le doigt n'arrive pas à contourner le bourrelet supérieur du néoplasme. La cloison recto-vaginale est bombée en avant, indurée dans toute son étendue, et jusque dans le cul-de-sac postérieur; mais la muqueuse vaginale est intacte.

En présence d'une telle situation, les procédés classiques ne me donnent qu'un parti à prendre : réséquer largement la cloison recto-vaginale, emporter toute la moitié antérieure de l'anus et créer un vaste cloaque. De plus, comme je sens que la tumeur dépasse le cul-de-sac vaginal postérieur, je suis bien sûr de ne pouvoir tout enlever sans ouvrir le péritoine, et sans l'ouvrir à l'aveugle; et je ne saurai pas,

même au prix de ce danger, si je n'ai pas laissé dans les profondeurs de la plaie quelque traînée cancéreuse inaperçue.

Ce programme, je l'avoue, ne me dit rien qui vaille; mais, fort heureusement, la méthode de Kraske me permet de concevoir un plan tout autre, et qui me séduit beaucoup plus. J'inciserai en arrière, je fendrai du haut en bas la paroi postérieure du rectum, y compris le sphincter anal, et ouvrant largement l'intestin, j'aurai devant moi la cloison recto-vaginale. Je pourrai alors, grâce à la résection partielle du sacrum, atteindre la limite supérieure du mal, en ouvrant le péritoine à bon escient; enlever progressivement la paroi antérieure du rectum, en amincissant la cloison sans la perforer; poursuivre la dissection au niveau de l'anus en tâchant de ne supprimer que la paroi intestinale et de respecter le sphincter externe, s'il n'est pas envahi; enfin, suturer la section longitudinale du rectum et reconstituer la circonférence de l'anus.

Ce projet conçu, je fais préparer la malade par une purgation et quelques lavements boriqués, sans grandes recherches d'antisepsie intestinale, et j'opère le 29 juin 1890, avec l'aide de MM. Petit, Sutherland et Arrivot. Incision postérieure commençant à la marge de l'anus, ablation du coccyx, résection latérale d'un fragment du sacrum, pincement des vaisseaux, tels sont les temps préliminaires. Puis, ayant l'intestin sous les yeux, je l'incise verticalement avec des ciseaux, jusque sous le péritoine; je l'ouvre, et la plaque cancéreuse apparaît dans toute son étendue. En introduisant plusieurs doigts dans le vagin, je la prends, la soulève et l'étale tout à mon aise, de manière à l'explorer dans tous ses détails et à bien reconnaître sa limite supérieure, très élevée.

J'attaque la tumeur immédiatement au-dessus de l'anus, et latéralement. Je la circonscris et la sépare du vagin, avec les doigts ou à petits coups de ciseaux; la séparation n'est pas très difficile, car le cancer n'infiltre que la paroi du rectum. La cloison se dédouble ainsi peu à peu, tandis que mes doigts, placés dans le vagin, apprécient l'épaisseur des tissus et dirigent la manœuvre; il reste en fin de compte une mince paroi vaginale qui paraît saine. Je procède ainsi dans la hauteur de 4 ou 5 centimètres, et j'enlève la partie inférieure du néoplasme. Remarque importante : j'ai disséqué le cylindre intestinal jusqu'à la marge de l'anus, et je l'ai séparé du sphincter externe aussi bien que de la paroi vaginale.

Le champ opératoire étant ainsi débiayé, j'attaque la partie supérieure du cancer. Je l'attire en bas, je la saisis entre deux doigts poussés haut dans le vagin et le pouce appliqué sur le bourrelet supérieur de l'ulcération, si bien que le bistouri peut inciser transversalement la muqueuse au-dessus du bourrelet. La paroi intestinale entamée à ce niveau, et la main gauche tenant toujours la tumeur, l'index de la main droite va contourner et décoller peu à peu, non sans l'aide de quelques coups de ciseaux, un prolongement cancéreux mousse, arrondi, qui dépasse l'ulcère, monte sous le péritoine et paraît nettement circonscrit. Pendant cette manœuvre, je ne puis manquer de faire à

la séreuse une large brèche, que je ferme avec deux pinces hémostatiques. Pour terminer, je n'ai plus qu'à détacher la tumeur du vagin, à la hauteur du col de l'utérus.

Chemin faisant, j'ai rencontré un certain nombre d'artères et mis plusieurs pinces. J'examine la région en détail, j'enlève quelques lobules suspects, ne laissant partout que des tissus fibreux ou celluloadipeux d'apparence normale. J'enlève plusieurs pinces, je fais quelques ligatures au catgut, et j'ai finalement sous les yeux un champ opératoire très simplifié : la paroi antérieure du rectum est remplacée par la surface postérieure du vagin, et tout en haut par le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il y a là une sorte d'excavation sous la séreuse mince et transparente, dont la brèche est toujours fermée par deux pinces; dans la même région, deux autres pinces sont à demeure sur des artérioles. Alors, je dispose quelques tampons iodoformés, sans bourrer l'excavation, pour doubler le péritoine et protéger la brèche contre les liquides et les gaz. Enfin, je réunis par une suture au catgut l'incision verticale du rectum, y compris l'anneau sphinctérien; les fils des tampons, les branches des quatre pinces, un gros drain pour les gaz, traversent l'anus; des crins de Florence réunissent la peau et l'énorme couche adipeuse, laissant place à un petit tube que je dispose verticalement derrière le rectum.

L'opération a duré deux heures un quart; le chloroforme a été parfaitement supporté. Le soir, T. 37°. Le lendemain, 30 juin, T. 36°,8 le matin et 38° le soir. Le 1er juillet, ablation des pinces et du petit tube; les gaz traversent le gros drain, qui est retiré à son tour le 4 juillet, avec les tampons. Tout marche à souhait; la malade, lourde et grasse, se plaint de son immobilité, mais des soins attentifs l'aident à traverser les ennuis de la première semaine. Il faut encore noter une minime suppuration qui se montre au niveau de quelques fils; mais la réunion n'en est pas moins complète. L'anus fonctionne, les forces reviennent; la malade se lève le 15 juillet, et le 28, en l'examinant, je trouve une cicatrice parfaite; à l'intérieur, aucune trace de plaie, paroi souple comme s'il y avait partout une muqueuse normale, sans inégalités, orifice vaginal et sphincter intacts. Ajoutons que ce bon résultat ne s'est pas démenti, et que Mme Y... est toujours en parfaite santé. J'ai oublié de dire qu'elle a un gros fibrome abdominal, mobile, qui n'a jamais amené de métrorrhagies et qu'elle a toujours bien supporté; depuis longtemps elle n'y pense plus, et l'ayant reconnu dès mon premier examen, je l'ai considéré comme une « quantité négligeable ».

J'avoue que je n'abordais pas cette opération sans une certaine crainte. Mais quand elle fut finie, et malgré la peine qu'elle m'avait donnée, je dus proclamer les avantages de la méthode sacrée. Elle seule, en effet, m'avait permis de reconnaître et d'atteindre avec sécurité le prolongement supérieur du néoplasme; elle seule avait rendu opérable un cancer que j'aurais pu croire inaccessible, et qu'il eût été bien fâcheux de laisser en place ou de réséquer partiellement, puisqu'il avait des limites précises. Elle nous conduit donc, comme le dit ma deuxième proposition, à *enlever complètement des cancers nettement*

circonscrits, mais qui seraient inopérables avec les autres méthodes, leur limite supérieure échappant au bistouri.

La section longitudinale du rectum était nécessaire, dans l'espèce, pour découvrir la cloison. J'ajoute que celle de l'anus de l'était pas moins, pour bien étaler la région, et disséquer de dedans en dehors le cylindre intestinal sans détruire le sphinter. C'est ainsi qu'on peut (troisième proposition) *conserver tout ou partie du sphincter externe, même quand la paroi rectale est envahie jusqu'en bas.*

Enfin, par la méthode périnéale, aurais-je pu disséquer finement la cloison et ta dédoubler jusque sous le péritoine ? La méthode sacrée est donc la seule qui permette d'*éviter la formation d'un cloaque dans les cancers de la paroi recto-vaginale* (quatrième proposition).

Obs. III. — Pierre V..., 58 ans, est un malade de l'hôpital Tenon, dont le eaneer oeeupe toute la circonférence du reetum, eommençant à 4 eentimètres environ de la marge de l'anus, et montant à 2 ou 3 centimètres plus haut; le doigt dépasse facilement sa limite supérieure, et constate que la paroi est mobile.

Je l'opère le 6 décembre 1890. Après l'ablation du coccyx et d'un morceau du sacrum, je fends l'intestin de bas en haut, y compris le sphincter, j'ouvre largement sa cavité, et j'enlève patiemment tous les tissus cancéreux. Le bout supérieur, qui s'abaisse facilement, est suturé à l'inférieur, la fente recousue et l'anneau sphinctérien parfaitement rétabli. L'opération dure une heure trois quarts.

Le premier jour se passe bien, sans fièvre; mais le soir du deuxième la température monte à 38°,4., Pierre V... est malheureusement un vieux tousseur, emphysémateux, de chétive apparence; le ehloroforme a excité sa bronchite. La nuit du 7 au 8 est mauvaise; dyspnée, cyanose, eongestion pulmonaire intense; malgré tous les soins, il sueeombe le 8 décembre.

La mort de ee malade est un éehec pour le chirurgien, non pour la méthode, qui n'a pu faire ses preuves. Aucun aeeident n'est venu de la plaie, qui avait le meilleur aspeet. Je veux surtout faire remarquer dans ce fait que j'ai incisé de parti pris le sphincter; c'est un détail opératoire qui a sa valeur, car on a ainsi plus de jour, on opère plus à l'aise, on traite mieux la région sphinctérienne, et un point de suture suffit pour reeonstituer l'anus et assurer l'intégrité de ses fonetions.

Obs. IV. — Voici maintenant l'histoire d'une récidive eaneéreuse, où la voie sacrée m'a été fort utile.

Avant mon premier essai de la méthode de Kraske, j'avais opéré à Alfortville, le 17 avril 1890, M. V..., homme de 38 ans, qui souffrait d'un cancer encore bien limité, avee des hémorrhagies épuisantes, et que j'avais trouvé dans un état de détresse morale difficile à décrire. La tumeur occupait la paroi antérieure du rectum et sa paroi latérale droite; elle eommençait un peu au-dessus de l'anus et se limitait bien en haut; l'intestin était souple et mobile.

J'avais placé le malade dans la position de la taille, et circonscrit l'anus, puis la tumeur, avec le bistouri et les ciseaux, en laissant un pont de muqueuse saine en arrière et à gauche. Comme la paroi antérieure était infiltrée dans toute son épaisseur, et que le tissu morbide arrivait au voisinage de la prostate, j'avais disséqué péniblement cette région, à petits coups, en ayant soin d'épargner l'urèthre. Puis j'avais attiré en bas le bout supérieur pour le coudre circulairement à la muqueuse anale. Artères nombreuses, opération difficile; en fin de compte, réunion immédiate et prompt rétablissement de l'opéré.

Sans doute, malgré le soin extrême que j'avais mis à séparer le rectum de la prostate, et à ne pas laisser la moindre parcelle suspecte, je n'avais pas tout vu dans les profondeurs de cette plaie étroite et sinueuse. Dès le 1er septembre, la récidive était constatée.

Le malade ne souffrait pas, et son état général était bien meilleur qu'avant l'opération. Il retenait ses matières, mais il avait un suintement séro-sanguin qui l'obligeait à des pansements et à des lavages fréquents. Son moral, qui s'était bien relevé, faiblissait de nouveau et l'inquiétude revenait peu à peu. Sa femme, qui connaissait la gravité de la situation, était désespérée de ne pouvoir porter secours à cet homme dans la force de l'âge. C'est poussé par elle que le docteur Chevalier vint me demander d'intervenir encore, dussé-je tenter l'impossible.

J'examinai la récidive. On pouvait tout soupçonner quant à l'envahis sement lymphatique et aux traînées cancéreuses; mais le bougeonnement épithélial, qui commençait à obstruer la lumière de l'intestin, paraissait encore limité, et la région conservait une certaine souplesse. Il n'y avait rien à tenter par les procédés classiques; mais comme j'avais fait l'apprentissage de la méthode de Kraske, il me parut légitime d'en faire bénéficier le malade, et je cédai aux instances qui m'étaient adressées, le 30 décembre 1890.

J'ouvris largement l'intestin pour fouiller dans tous les sens. Après la résection des os, après une hémostase difficile, je fis peu à peu le morcellement du cancer et l'ablation des tissus cicatriciels résultant de la première opération. C'est en avant surtout qu'il y eut des difficultés; je mis une bougie dans l'urèthre pour ne pas le blesser sans le voir, par hasard le péritoine ne fut pas ouvert, et à la suite d'une dissection prolongée, fatigante, presque tout le rectum avec disparu. Le bout supérieur ne pouvant descendre jusqu'à l'anus, je le fixai à la peau immédiatement au-dessous du sacrum, pour faire en ce point un anus artificiel; le vaste foyer ischio-rectal fut refermé par la suture et drainé. Le malade, reporté dans son lit, avait un pouls régulier, calme, inspirant confiance; il était resté deux heures et demie sous le chloroforme.

J'estime que, dans cette occasion, j'ai atteint la dernière limite de la hardiesse opératoire qu'autorise la méthode nouvelle; aller plus loin, c'est pure folie. Sans pouvoir affirmer qu'il ne restât pas dans la plaie quelque parcelle cancéreuse invisible, j'avais du moins sous les yeux un foyer très net, à parois souples; à coup sûr, la méthode employée

avait rendu opérable, dans d'assez bonnes conditions, une tumeur qui nous gagnait de vitesse, et déjà inaccessible par tout autre moyen. Mon malade a supporté merveilleusement ce nouveau choc; il n'a pas eu de fièvre. Les matières ont pris à la fois le chemin de l'anus coccygien et celui du foyer opératoire aboutissant à l'anus vrai, la peau et la couche sous-cutanée s'étant réunies d'emblée entre les deux orifices; si bien que j'ai voulu simplifier l'infirmité qui résultera forcément de l'opération, et, reprenant confiance dans le trajet cicatriciel qui remplace le rectum et qui laisse passer largement les matières, j'ai oblitéré, il y a quelques jours, l'anus coccygien. L'opéré se lève tous les jours et se nourrit bien, j'espère le voir entièrement cicatrisé avant qu'une nouvelle récidive se déclare; l'espoir et la tranquillité lui sont revenus, et n'eussé-je obtenu que ce résultat, je m'applaudirais encore de n'avoir pas reculé.

Nous pouvons donc, par l'opération de Kraske, « *attaquer les récidives encore limitées, et donner aux malades une dernière chance de salut.* » Ma cinquième proposition démontrée, j'en ai fini avec le cancer du rectum.

V. — La méthode nouvelle « *rend plus facile et plus précise l'extirpation des rétrécissements syphilitiques* (sixième proposition) ».

J'admets d'abord, sans avoir le loisir de le discuter à fond, que la dilatation de ces rétrécissements ne vaut rien, que les résultats de la rectotomie postérieure sont précaires, et que le traitement de choix est l'ablation pure et simple des tissus indurés et rétractiles.

Cela posé, il me paraît évident que l'opération par la voie sacrée et l'incision verticale du rectum et de l'anus mettent largement à découvert le rétrécissement, permettent de le disséquer tranquillement dans toute sa hauteur et dans toute son épaisseur, assurent la destruction complète des tissus malades en respectant l'intégrité du sphincter externe, garantissent enfin contre la récidive. Une de mes malades, récemment opérée, est en train d'en faire la preuve.

Mme D... a, depuis quinze ans, des douleurs rectales, des suintements purulents, une constipation opiniâtre. Opérée par Championnière, en 1886, pour un rétrécissement du rectum, elle n'en a retiré aucun bénéfice durable. Elle entre à l'hôpital Tenon en décembre 1890, offrant tous les signes du rétrécissement syphilitique : sténose peu élevée, admettant à peine la pulpe de l'index, précédée d'un infundibulum à parois dures; constipation, matières ovillées, débâcles de temps à autre.

Voici, en peu de mots, l'opération pratiquée le 18 décembre. Incision postérieure, résection du coccyx; je ne touche pas au sacrum — opération de Kraske incomplète — parce que les rétrécissements syphilitiques ne montent pas très haut, mais j'aurais eu plus de jour et plus de facilité si j'avais abattu un morceau de sacrum, et je conseille de le faire. Alors, ayant ouvert l'intestin par une incision longitudinale qui comprend le sphincter, — la section de l'anus me paraît ici nécessaire pour atteindre le but, — je dissèque patiemment tous les tissus

durs, c'est-à-dire que j'enlève, jusqu'au-dessus du point rétréci, toute l'épaisseur de la paroi rectale, en ayant soin d'épargner le sphincter externe. Je m'arrête quand il n'y a plus trace d'induratien nulle part; alors le bout supérieur, dont la muqueuse est saine, est attiré et cousu à l'anus, la section longitudinale de l'intestin est fermée au catgut et l'anus reconstitué. Suture cutanée au crin de Florence; pansement superficiel très simple.

Pendant deux ou trois semaines après l'opération, la malade expulse tous les jours une quantité énorme de matières, ce qui dérange le partie inférieure de la suture. Quelques fils ayant lâché, le sphincter s'ouvre dans la hauteur de 3 centimètres environ; partout ailleurs la réunion est parfaite. J'attends que la débâcle soit bien finie, et, le 20 janvier, je referme l'anneau sphinctérien par quelques points de suture. La malade va quitter Tenon, sans douleurs, fonctionnant à souhait; l'intestin est large et la guérison est acquise.

Tels sont les faits que je possède et qui m'ont paru plaider en faveur de l'extirpation du rectum par la voie sacrée. Sur cinq cas, une mort qui n'a rien à voir avec la méthode suivie; aucun accident local; c'est un pauvre emphysémateux de 58 ans, qui meurt de congestion pulmonaire après avoir respiré du chloroforme pendant deux heures. Sur les quatre qui vivent, il y a : 1° un cancer annulaire, à siège élevé, qui ne pouvait être abordé par la voie périnéale qu'au prix de sérieux dangers et de grands délabrements; 2° un cancer de la paroi recto-vaginale, inaccessible aux procédés classiques, enlevé totalement par la voie sacrée avec conservation du vagin et de l'anus, restitution complète de la forme et de la fonction; 3° une récidive, dont l'extirpation par tout autre moyen n'aurait pu être qu'une témérité injustifiable; 4° un rétrécissement syphilitique, pour lequel l'adoption de la voie sacrée était, à mon sens, une sûreté de plus et un progrès.

Ces quatre malades ne vivent pas tous aujourd'hui dans les mêmes conditions. Le rétrécissement est guéri pour toujours, sans infirmité. La récidive, enlevée complètement en apparence, deviendra sans doute ce que deviennent ces cas désespérés; toujours est-il que la tranquillité d'esprit et la santé sont revenues. L'ablation du cancer annulaire a été suivie d'une récidive trop prompte, sur laquelle je me fonde pour recommander, d'une façon générale, la section médiane du sphinctor, qui donne plus de jour et ne me paraît avoir aucun désavantage. Enfin la tumeur recto-vaginale, guérie dans les meilleures conditions, avec une santé florissante depuis huit mois et sans l'ombre d'une infirmité, est pour la méthode un véritable triomphe.

Je n'ai pas voulu faire une étude complète. J'ai peu insisté sur le manuel opératoire, — sauf la section médiane du sphincter, —

sur le détail des procédés d'incision cutanée ou de résection des os, parmi lesquels je note bien des recherches inutiles, non plus que sur la préparation de l'intestion, que je fais très simple, — un purgatif et quelques lavements à l'acide borique, — n'étant pas encore persuadé des avantages décisifs d'une antisepsie intestinale compliquée. Mon seul but a été de m'inscrire parmi les partisans d'une méthode qui, bien comprise et maintenue dans de justes limites, nous fait faire un pas de plus vers la guérison ou le soulagement de nos malades.

Discussion.

M. Routier. Dans ses communications sur l'extirpation du rectum, Kraske a visé successivement plusieurs points. Il a d'abord recommandé la voie sacrée pour pouvoir atteindre les cancers haut situés. Dans son second mémoire, il a fait valoir les avantages de la conservation du sphincter. D'autres auteurs ont généralisé les indications de cette méthode, et l'ont appliquée aux cancers inopérables; ils ont fait des ablations très étendues au prix de sacrifices considérables.

Il est à remarquer que c'est surtout chez la femme qu'on peut faire avec succès des ablations étendues; la seconde observation de M. Richelot en est un exemple. Chez l'homme, c'est tout différent; le voisinage de la prostate, de la vessie, est un grave danger, et je ne saurais approuver les auteurs qui trouvent tout naturel d'ouvrir largement la vessie dans les opérations de ce genre.

Pour moi, la conservation du sphincter est très importante, et elle caractérise l'opération de Kraske.

Je n'ai que deux observations personnelles. La malade que j'ai citée dans mon rapport de l'année dernière va très bien, elle est toujours sans récidive. J'en ai une autre depuis : comme M. Richelot, j'ai dû dédoubler la cloison recto-vaginale; j'ai fait une suture complète de l'intestin; une fistule postérieure s'est établie, puis s'est fermée spontanément; j'ai conservé le sphincter, qui fonctionne parfaitement. Malheureusement cette malade, que j'ai revue il y a trois semaines, est en pleine récidive.

M. Quénu. Je désire insister sur la question des rétrécissements syphilitiques, ayant eu, comme M. Richelot, l'occasion d'en extirper un. Je demanderai à ce propos la parole dans notre prochaine séance.

Présentations de malades.

1° *Filariose.*

M. Robert. J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade qui, se croyant atteint de hernie inguinale double et crurale gauche, est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce pour y subir l'opération de la cure chirurgicale de ces hernies. Les tumeurs contenues dans le scrotum et formant saillie dans l'aine gauche sont en grande partie dues à l'ectasie des lymphatiques.

Le sang examiné contient des filaires.

C'est le troisième cas de filariose se présentant dans mon service depuis six mois : dans tous ces cas, la tumeur intra-scrotale avait été considérée comme une hernie nécessitant une intervention, et dans l'un d'eux M. Moty ne reconnut la présence des lymphatiques dilatés qu'après incision de la tumeur.

Le malade que je présente est né en France, de parents français; il est âgé de 27 ans et a séjourné dix-neuf ans dans les colonies (treize ans en Calédonie et six ans aux Antilles).

Dans deux de ces trois cas, les lymphatiques du cordon seuls étaient dilatés; il n'y avait rien dans l'aine.

Discussion.

M. Moty. Ces cas sont fréquents aux colonies, car nous en avons vu six au Val-de-Grâce depuis huit mois. Tous sont arrivés avec un diagnostic inexact. Je me suis trompé moi-même dans le premier cas.

La marche a été semblable chez tous. Le début insidieux avait été ignoré. L'affection s'était révélée par hasard, ou à la suite d'une contusion du testicule (3e cas), d'un effort violent (1er cas).

La recherche des filaires est difficile. Elles n'existent probablement pas d'une manière constante dans le sang. Suivant en cela les lois ordinaires des parasites, elles ont une tendance à l'émigration; il n'est donc pas étonnant qu'on ne les retrouve pas, si la recherche ne coïncide pas avec l'époque qui suit une ponte.

Pour avoir le plus de chance possible de les rencontrer, il faut examiner le sang vers minuit, comme l'a indiqué Lancereaux. Les recherches entreprises dans nos quatre premiers cas sont restées stériles, bien que nous les ayons renouvelées plusieurs fois entre huit et dix heures du soir. Dans le cinquième, nous les avons trouvées à six heures et demie du soir, avec M. Antony, qui les a vues le premier; et dans le sixième, après avoir échoué à deux

reprises, en faisant nos préparations à six heures du soir, j'ai enfin réussi à rencontrer des filaires en recommençant une troisième fois à onze heures du soir.

Le procédé indiqué par M. Laveran pour la recherche du parasite de l'impaludisme réussit très bien. On aseptise un doigt, on le comprime à sa racine et on le pique avec une aiguille ou une lancette. Le sang est immédiatement recueilli sur des lames préparées à l'avance et recouvert avec une lamelle. Il faut aller aussi vite que possible pour avoir une bonne préparation.

On trouvait dans nos deux cas quatre filaires environ par goutte de sang, ce qui fait de 150 à 200,000 pour la totalité de la masse sanguine. Toutes étaient de même taille et de même âge par conséquent. Nous avons remarqué que le froid et la dessiccation les tuent rapidement. Sur une préparation lutée, les mouvements se conservent en cette saison pendant dix-huit heures. Cette durée s'abaisse ou s'élève avec la température.

Les larves sont des nématoïdes d'une parfaite régularité et animés de mouvements très vifs. Elles ne changent pas de place dans les préparations. Elles ressemblent beaucoup aux trichines, à part la vivacité de leurs mouvement, et meurent sans s'enrouler sur elles-mêmes.

Celles que nous avons rencontrées avaient environ un dixième de millimètre de longueur. On sait que les adultes ont de 8 à 12 centimètres de long, habitent d'ordinaire le cœur et les gros vaisseaux, et déterminent quelquefois des morts subites, ainsi que l'indique Patrick Maurow. Notre troisième malade, dont la famille habite la Guadeloupe, en accuse trois dans sa famille.

M. Reclus. Je connais un malade qui a couru les hôpitaux et qui a été considéré, dans le service de M. Théophile Anger, comme atteint de varices lymphatiques.

Quant il est arrivé dans mon service, les tumeurs qu'il présentait çà et là sur le corps avaient disparu; il n'avait plus que celle du scrotum, analogue à celle-ci, mais beaucoup plus longue, car elle descendait jusqu'au testicule. Mon diagnostic fut : épiplocèle enflammée. Je fis l'extirpation de la tumeur, et mon étonnement fut grand lorsque je vis, au cours de l'opération, une série de conduits analogues à des canaux déférents, formant des faisceaux que je disséquai dans le canal inguinal et jusque dans le ventre. Je m'arrêtai, je fis la section de la masse au-dessous d'une ligature, et j'eus un résultat excellent, c'est-à-dire une réunion immédiate sans aucun phénomène septique. Je fis des examens pendant la nuit, mais je ne trouvai pas de filaires. Je compte faire encore des recherches sur ce malade, car il continue à courir les

hôpitaux; il paraît que plusieurs de ses tumeurs ont reparu. J'ajoute que M. Pilliet, dont on connaît la compétence en histologie, a examiné la tumeur que je lui ai confiée, et a porté le diagnostic de « myxome ».

M. Th. Anger. Je suis fort étonné du diagnostic de M. Pilliet. Cet homme avait des tumeurs partout, à la cuisse, aux mollets, etc. Je ne crois pas qu'on puisse voir là des myxomes. Pour moi, je crois toujours que ce sont des varices lymphatiques.

2° *Trépanation pour hydrocéphalie.*

M. Broca présente un enfant de 4 ans auquel, en septembre 1890, il a pratiqué le drainage du ventricule latéral droit pour hydrocéphalie.

Les suites immédiates ont été consignées dans l'observation publiée par la *Revue de chirurgie* (janvier 1891). L'évolution ultérieure est la suivante. L'enfant est revenu à l'état où il était avant la crise de convulsions qui lui avait laissé une contracture du membre supérieur gauche et une faiblesse des jambes telle qu'il ne pouvait se tenir debout. La contracture, qui s'est dissipée en huit jours après l'opération, n'a pas reparu; il n'y a même plus d'exagération des reflexes tendineux. L'enfant se tient debout en donnant la main; son regard est devenu droit et sa santé générale est bonne. Mais il ne marche presque pas et ne parle pas.

L'opération n'a d'ailleurs pas la prétention d'être curatrice, d'autant plus qu'elle a été entreprise une fois effectuée la soudure des fontanelles.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire,

G. Richelot.

Séance du 25 février 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Des lettres de MM. les Drs Picqué et Delorme, qui se portent candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante ;

3° Trois observations de chirurgie adressées par M. le Dr Millot-Carpentier (M. Richelot, rapporteur).

A propos du procès-verbal.

Traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum par l'extirpation.

Par M. E. Quénu.

A propos de l'extirpation du rectum cancéreux par la voie sacrée, M. Richelot nous a parlé d'une malade atteinte d'un rétrécissement syphilitique chez laquelle il pratiqua l'opération de Kraske il y a environ deux mois. C'est sur ce point spécial de sa communication que je désire greffer une discussion relative au traitement opératoire des rétrécissements syphilitiques du rectum.

Au commencement de juin de l'année dernière (1890), j'ai fait l'extirpation du rectum chez une malade atteinte d'un rétrécissement syphilitique. Voici l'observation dont j'aurais voulu différer la publication afin que le résultat en parût encore plus probant :

Mme X..., âgée de 36 ans, mère de 2 enfants, dont l'un a 9 ans et l'autre 4 ans et demi, contracta la syphilis il y a sept ans : elle eut des

plaques muqueuses aux organes génitaux, une éruption roséolique, etc., et fut soumise au traitement spécifique. Les premiers symptômes du côté du rectum se manifestèrent pendant sa dernière grossesse sous forme de douleurs et de quelques difficultés à aller à la garde-robe. Ces symptômes augmentèrent l'année suivante et prirent tout leur développement il a environ deux ans; depuis cette époque elle fut longuement et méthodiquement traitée par les iodures, puis par la dilatation et enfin par l'électrolyse : elle n'en retira jamais aucun bénéfice; depuis un an elle passe toutes ses matinées en crises douloureuses, à genoux, le corps plié en deux, occupée à prendre des lavements avec des canules spéciales et à faire des efforts pour aller à la garde-robe. Malgré ses lavements répétés et l'usage successif d'une série de préparations purgatives, il lui arrive de demeurer jusqu'à une semaine sans aller à la selle. Il y a environ huit mois, un abcès se forma sur le côté droit de l'anus, et devint le point de départ d'une fistule. A la fin de mai 1890, Mme X... me fut adressée par le Dr E. Labbé. Cette femme avait alors toutes les apparences d'une tuberculeuse : elle était maigre, d'un teint jaunâtre, fiévreuse, à peau sèche, toussaillant continuellement. Elle ne me parla d'abord que de sa fistule, mais je constatai bien vite que ce n'était là qu'une lésion secondaire sous la dépendance d'un rétrécissement rectal. En effet, à un centimètre environ de l'anus, l'index rencontre un rétrécissement cylindrique dans lequel il s'engage, mais qu'il ne peut franchir : la moitié environ du petit doigt peut seule y pénétrer. La muqueuse rectale est lisse, tendue ; elle devient granuleuse à la partie supérieure de la région rétrécie. L'étendue de celle-ci peut être évaluée à environ 6 ou 7 centimètres. Des condylomes existent autour de l'anus. Le petit doigt introduit aussi haut que possible ne sent pas le stylet qu'on a engagé dans la fistule. Toutes ces explorations sont horriblement douloureuses.

J'ajoute que depuis des mois Mme X... ne peut contenir les gaz ; toute la région sphinctérienne est en effet envahie par l'infiltration et on ne sent aucune constriction d'ordre musculaire, en touchant la malade. Elle est enfin obligée de se garnir à cause d'écoulements glaireux et purulents qui se font incessamment par l'anus et ont irrité la peau des fesses.

L'impuissance des moyens employés et son désir de ne plus endurer de si grandes souffrances font qu'elle accepte immédiatement l'opération que je lui propose.

Celle-ci est pratiquée le 4 juin sous le chloroforme, après une antisepsie préalable de l'intestin par le naphtol et des purgatifs.

Je commence par inciser la commissure postérieure de l'anus en partant un peu en avant du coccyx; je remonte ainsi jusqu'au-dessus du point le plus serré, de manière à atteindre et à dépasser la muqueuse saine. J'obtiens de la sorte une figure losangique dont j'abaisse l'angle supérieur pour le réunir à l'angle inférieur de ma plaie. Alors de chaque côté j'excise, au moyen de ciseaux courbes, tout le rétrécissement, y compris le trajet fistuleux : je constate que toute l'extrémité inférieure du rectum est transformée en une gangue fibreuse, dure,

dans laquelle il est impossible de reconnaître les différentes couches de l'intestin, ni les fibres du sphincter externe. L'hémostase est facilitée par ce fait qu'au fur et à mesure de la résection je pratique la suture de l'intestin à la peau de l'anus préalablement débarrassée de ses condylomes. L'opération dura un peu plus d'une heure. Pansement iodoformé et opium à l'intérieur. La température ne s'éleva à 38° que le lendemain de l'opération, puis retomba à la normale, après que 4 fils profonds qui avaient déterminé un peu de gonflement furent coupés.

Dix jours après l'opération, le 14 juin, tous les fils de la demi-circonférence postérieure qui avaient été laissés furent enlevés ; au bout de trois semaines, la cicatrisation était complète, et la malade pouvait se lever dès les premiers jours de juillet. La première garde-robe eut lieu le sixième jour sans souffrance aucune; depuis, la défécation s'est toujours effectuée d'une façon régulière et très facilement. La malade n'est plus tourmentée par les gaz comme autrefois ; cela tient à ce qu'elle n'a plus cette tympanite qu'engendraient ses constipations opiniâtres. Elle n'a pas non plus présenté ces alternatives de diarrhée et de constipation, ces débâcles désagréables que j'ai observées chez certains malades auxquels j'avais enlevé l'extrémité inférieure du rectum pour des cancers. Sa seule infirmité résulte d'une très petite saillie de la muqueuse rectale, et du léger suintement, purement muqueux, qu'occasionne le frottement, quand la malade marche un peu trop longtemps. Ces petits inconvénients lui paraissent peu de chose, et le souvenir de ses souffrances passées ne lui laisse qu'une appréhension, c'est que le rétrécissement ne reparaisse. J'ai revu Mme X... au commencement de février 1891 : son état général s'est extrêmement amélioré, bien qu'elle ait passé l'été à Paris et qu'occupée de sa profession, elle n'ait pris aucun repos. Les fonctions rectales ont continué de régulièrement s'accomplir, il n'y a plus trace de suppuration, la peau de la région périnéale postérieure est absolument normale. J'ai examiné soigneusement et touché le rectum, je n'ai senti du côté de la muqueuse aucune granulation, aucune diminution de souplesse qui trahisse un commencement de récidive ; le pourtour de l'anus et les tissus péri-rectaux me paraissent absolument sains et exactement dans le même état qu'après l'opération.

Cette intégrité absolue des tissus, après plus de sept mois, nous donne peut-être le droit d'espérer que la guérison sera définitive. S'il en était ainsi, ce que l'avenir nous apprendra, il faudrait en appeler du pronostic désespérant porté par Allingham sur les rétrécissements syphilitiques du rectum. Il y a moins de six ans, en effet, Allingham écrivait cette phrase dans l'Encyclopédie internationale : « Dans le rétrécissement du rectum on ne peut obtenir de guérison rapide et durable par aucun moyen; une pratique de près de vingt-cinq ans ne m'a jamais permis de voir un seul cas qui n'eût été guéri rapidement et qui n'eût pas récidivé avec une promp-

titude égale. » Nous savons tous, en effet, ce qu'il faut penser de la dilatation comme méthode de traitement des rétrécissements syphilitiques. Inefficace le plus souvent, elle est d'ordinaire douloureuse et pas toujours innocente. Notre meilleure ressource chirurgicale était, certes, la rectotomie linéaire. Mais alors même qu'elle n'est pas suivie de la reproduction du rétrécissement, elle laisse persister une suppuration qui n'est pas sans amener à la longue l'épuisement du malade.

Nous pouvons en donner comme exemple l'histoire d'un malade que nous observons depuis quelques mois et qui a été opéré par Verneuil, en octobre 1887 (M..., âgé de 28 ans, employé chez un dentiste). Ce garçon, âgé de 25 ans, éprouvait de grandes difficultés pour aller à la garde-robe, et présentait en outre des écoulements sanguinolents et glaireux. La rectotomie linéaire lui procura un grand soulagement et supprima ses hémorrhagies pendant une période de quinze mois, mais elle ne fit jamais disparaître complètement l'écoulement muco-purulent du rectum. Depuis quinze mois, les saignements ont reparu, la défécation est devenue moins facile, nécessitant l'usage régulier de la rhubarbe; il y a quelques mois enfin, un abcès se forma et s'ouvrit dans le rectum. Aujourd'hui, le malade est bien loin de la guérison ; on peut, sans doute, introduire le doigt assez haut dans l'intestin, mais c'est à travers un intestin rigide, inextensible, hérissé de saillies dures et de granulations ; toute la région rétro-anale est rouge, condylomateuse; la suppuration est continuelle et nécessite un pansement biquotidien, les difficultés dans la défécation reparaissent et s'accentuent.

Assurément, la rectotomie n'est qu'une méthode palliative. Je reconnais que la méthode de Verneuil a été améliorée par la modification que Péan [1] lui a fait subir : on sait qu'elle consiste à abaisser, après section du rétrécissement en arrière, l'angle supérieur de la plaie losangique ainsi obtenue à l'angle inférieur; c'est le premier temps de l'opération que nous avons nous-même pratiquée, mais l'infiltration des tuniques rectales demeure, et avec elle la fatalité d'une récidive. Du reste, Jaquinal [2], qui a reçu de Péan son sujet de thèse et ses observations, avoue que les malades ont été perdus de vue dès leur sortie de l'hôpital.

Je ferai un reproche analogue à l'électrolyse, qu'elle soit ou non linéaire : elle fait cesser les dangers du rétrécissement, mais elle laisse persister cette rectite spéciale qui n'est certes pas une simple conséquence de la coarctation, mais qui est la maladie

[1] *Bull. méd.*, 1889.
[2] *Thèse*, 1889-90.

elle-même. J'ajoute que les quelques observations que j'ai eu le temps de colliger depuis mercredi ne me paraissent pas devoir emporter tous les doutes. La plupart sont peu explicites (de Benton, *Med. Press and circular*, 1888; Neumann, *Med. and surg. report*, 1889); les rétrécissements syphilitiques sont confondus avec les rétrécissements simplement vénériens, ou résultant d'hémorrhoïdes, de dysenterie, etc. De même, l'observation publiée par M. Port, dans le numéro de septembre de la *Gazette des hôpitaux* de 1889, ne paraît pas devoir être d'une façon certaine rapportée à la syphilis: le rétrécissement était annulaire, court, et il n'y avait aucune manifestation syphilitique dans les antécédents. J'ajoute que la première séance d'électrolyse eut lieu le 11 mai 1889 et que la dernière note de l'observation porte la date du 8 juin 1889. Il y a donc au moins doute sur la persistance de la guérison.

En ce qui concerne les syphilomes du rectum et de l'anus, je crois qu'après avoir essayé sans succès le traitement spécifique, on a tout avantage à les traiter comme une tumeur.

Si le siège en est bas, il faut extirper tous les tissus malades et amener les tuniques rectales saines au contact d'une peau saine, qu'on suive ou nom le procédé que j'ai indiqué. Si le siège en est plus élevé, mais non dans les limites de l'action chirurgicale, on pourra suivre la voie sacrée, comme l'a fait avec succès M. Richelot, exécuter une véritable opération de Kraske, si l'intégrité de la région sphinctérienne le permet.

Je ne suis certes pas le premier qui ait songé à extirper des rectums rétrécis; cette opération, d'après Duplay, qui la repousse, a été autrefois *proposée* par quelques chirurgiens comme ressource extrême dans les cas désespérés; je ne sais si elle a été exécutée en France pour des syphilomes. En Allemagne, elle est conseillée par Hermann Tillmann dans le livre qu'il vient de publier cette année, dans tous les cas de rétrécissements prononcés du rectum[1]. Quoi qu'il en soit, il m'a paru intéressant de soulever cette question de thérapeutique et d'attirer l'attention de mes collègues sur un mode de traitement des rétrécissements syphilitiques qui, sans aucun doute, n'est pas applicable à tous les cas, mais qui, dans un bon nombre, me paraît recommandable et supérieur aux autres procédés opératoires. Je crois également utile de faire suivre mon observation de l'examen histologique et bactériologiqne de la pièce enlevée. Cette dernière étude a été faite par M. le Dr Girode.

Examen histologique et bactériologique, par M. GIRODE. — Les

[1] HERMANN TILLMANN, 1890.

coupes, orientées suivant l'axe du conduit anal, montrent des modifications dans le revêtement cellulaire superficiel, la couche chorio-dermique sous-jacente et la zone sphinctérienne.

Le revêtement cellulaire tend partout à s'épidermiser, même dans les parties qui correspondent pleinement au sphincter interne et à la muqueuse anale ; mais la couche teintée en jaune par l'acide picrique est des plus minces, réduite presque à rien dans les parties élevées, ou formée de cellules qui conservent une certaine quantité de protoplasma et un noyau net. En différents points même, le stratum granulosum est nu, ou recouvert d'un détritus cellulaire mêlé de quelques globules sanguins. Ce stratum granulosum est partout très caractérisé, offrant jusqu'à six et huit rangées de cellules superposées. La couche malpighienne est épaissie, et les prolongements interpapillaires paraissent allongés et renflés. Les cellules basales sont généralement mieux dessinées et fortement pigmentées. Un certain nombre des cellules malpighiennes ont subi l'altération vacuolaire totale; mais on remarque surtout que quelques noyaux présentent l'apparence en croissant avec vacuolisation avancée. Enfin, il existait dans quelques prolongements interpapillaires des éléments qui rappelaient singulièrement les formations psorospermiques.

Dans le derme, les altérations prennent beaucoup plus d'importance. La couche dermique est considérablement épaissie, et l'épaississement tient à l'existence d'infiltrations embryonnaires qui ont bouleversé complètement l'architecture de cette partie. L'infiltration n'est pas diffuse, sauf en quelques points de la région sous-papillaire et des papilles, où les faisceaux conjonctifs ont complètement disparu. Plus profondément, les amas embryonnaires sont disposés par îlots autour des vaisseaux, des glandes, des nerfs eux-mêmes. Les artères paraissent être plus spécialement entourées d'un manchon embryonnaire total; mais leur paroi reste intacte dans ses deux tuniques internes et la lumière est libre. Du reste, la dissémination des amas lymphoïdes dans ce qui reste des espaces étoilés dermiques et sous-dermiques montre que l'appareil lymphatique prend part au processus. Les glandes sont presque totalement disparues, noyées dans les mêmes formations; on en retrouve seulement des vestiges reconnaissables à l'apparence polylobulée et aux connexions avec les follicules pileux. Ceux-ci sont rares dans les coupes, très reportés vers la profondeur, entourés des mêmes formations à petites cellules, et renfermant le plus souvent un poil tout à fait rudimentaire. Notons encore dans le derme quelques extravasations sanguines, et de grands tractus fibreux qui semblent s'attacher de préférence vers la base des papilles et conditionnent sans doute les bosselures de la néoplasie.

A mesure qu'on se rapproche de la zone sphinctérienne, les formations embryonnaires sont moins étendues, réparties en îlots arrondis ou étoilés plus ténus, que séparent des bandes conjonctives serrées. Il n'est pas rare de trouver au centre d'un îlot embryonnaire un nodule fibroïde, vestige d'un petit vaisseau sclérosé et oblitéré ; mais ici encore les vaisseaux sont généralement perméables.

Dans la zone sphinctérienne, l'élément musculaire n'est pas altéré; mais les couches et faisceaux de fibres sont séparés par les mêmes infiltrations embryonnaires parfois très ténues, réduites à deux ou trois rangées cellulaires, et suivant toujours les vaisseaux.

Tous ces amas embryonnaires sont constitués par des cellules du type lymphatique, arrondies ou un peu irrégulières, en active prolifération. On remarque çà et là, au centre des amas, des formations ayant tous les caractères des cellules géantes.

Examen bactériologique. — Quoique les lésions dermiques rappellent singulièrement les néoplasies ou nodules infectieux, des recherches répétées n'ont pu mettre en évidence aucune forme microbienne. Le traitement des coupes par les méthodes de Lœffler, d'Ehrlich, et surtout de Gram-Weigert, est resté complètement infructueux, de même que les tentatives de coloration lente dans les solutions de fuchsine faible avec emploi consécutif d'huile d'aniline fuchsinée, en passage par les acides très étendus.

Discussion.

M. Berger. Je suis très disposé, sans doute, à traiter par l'ablation les rétrécissements syphilitiques du rectum; mais je n'ai pas encore trouvé l'occasion de le faire, parce qu'en général les lésions de la muqueuse sont très étendues et remontent à 10 ou 12 centimètres; j'ai vu un malade dans le service de M. Verneuil, chez qui elles remontaient à 23 centimètres au-dessus de l'anus. En pareil cas, enlever toute l'ulcération est impossible; d'autre part, je n'oserais pas enlever seulement le point rétréci, car ce qui est dangereux, c'est précisément cet ulcère qui donne lieu à la suppuration, à l'infection, et aux dépens duquel se fait l'ascension, la progression de bas en haut des tissus rétractiles.

Je suis donc porté à atténuer ce que vient de dire M. Quenu contre la rectotomie. Sans doute celle-ci n'est que palliative, mais, en la prolongeant très haut et en s'aidant, s'il le faut, de la résection du coccyx, on peut avoir un très bon résultat. J'ai une malade opérée depuis quatre ans; il lui reste bien quelques suintements, elle est obligée de passer des bougies, mais elle a, en somme, une existence très supportable, et je constate, environ deux fois par an, la perméabilité de son rectum.

M. Segond. A l'appui des idées exprimées par MM. Richelot et Quénu, je mentionnerai un homme de 38 ans qui avait un rétrécissement syphilitique et que j'ai traité, en décembre dernier, par l'extirpation. La muqueuse était malade au-dessus du point rétréci, mais pas très haut; j'ai pu enlever toutes les parties altérées après avoir largement dilaté l'anus, puis j'ai cousu le bout supérieur de

l'intestin à la peau de la région anale. J'ai tout lieu de penser que cet homme est bien guéri.

M. Terrier. Je prends la parole pour plaider la même cause quo M. Quénu. Je pense, comme lui, que le véritable traitement des rétrécissements du rectum est l'extirpation; contrairement à mon ami Berger, je suis très peu satisfait des résultats de la rectotomie. De même qu'il est utile d'enlever les rétrécissements cancéreux, il me paraît non moins opportun d'enlever les syphilitiques; j'ajouto qu'il en est de même des congénitaux, comme en témoigne un malade de mon service, dont voici l'histoire :

Rétrécissement congénital du rectum. Extirpation du rétrécissement et de l'extrémité inférieure du rectum. Guérison avec insuffisance des sphincters.

(Observation rédigée par M. le Dr H. Delagenière.)

Le nommé N... (Paul), de nationalité allemande, âgé de 43 ans, commerçant, entre le 20 mai 1889 à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, nº 15, dans le service de M. Terrier.

Son père est mort à 75 ans d'une tumeur à l'estomac.

Né à 7 mois et demi, il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 21 ans, époque à laquelle il commença à souffrir de son rétrécissement.

A 24 ans, il contracta une blennorrhagie ; en même temps, il eut un bouton sur la verge qui mit quatre semaines à guérir. Jamais il n'a eu de taches sur la peau, de maux de gorge, d'alopécie. D'ailleurs, à l'âge de 38 ans, il affirme avoir eu sur la verge un autre bouton absolument semblable au premier.

Il est épileptique depuis l'âge de 21 ans, époque où il a commencé à avoir de la difficulté à aller à la selle. Ses attaques reviennent toutes les quatre semaines. Il consulte divers médecins qui lui prescrivent du bromure de potassium. Le traitement reste sans effet ; les attaques reviennent assez régulièrement toutes les trois ou quatre semaines.

Le début des accidents dont se plaint le malade remonte donc à l'âge de 21 ans. Il éprouve d'abord simplement de la difficulté pour aller à la selle, sans avoir de constipation. Chaque selle est précédée de l'expulsion d'une matière filante et glaireuse. Ces symptômes s'accentuent de plus en plus, et le malade consulte plusieurs chirurgiens et subit plusieurs opérations.

En 1872, il consulte Czerny, qui diagnostique une fistule à l'anus et opère le malade au bistouri. Après quatre semaines de séjour à Heidelberg, il est envoyé aux bains de mer.

Trois ans plus tard, à Melbourne, il consulte le Dr Mackenzy, qui diagnostique un rétrécissement du rectum et pratique une incision postérieure. L'opération n'apporte pas beaucoup de soulagement ; les selles sont un peu plus faciles, mais les matières filantes sont rendues

en quantité égale. Le malade consulte alors un autre médecin de Melbourne, qui lui fait la dilatation forcée. L'état du patient reste absolument le même.

En 1880, il consulte Billroth à Vienne. Celui-ci diagnostique un rétrécissement et conseille au malade de le faire opérer par n'importe quel chirurgien. Il se rend alors à Leipzig auprès de Thiersch, qui confirme le diagnostic de Billroth et fait entrer le malade dans son service pour l'opérer. Il lui fait la rectotomie linéaire postérieure, pour laquelle le malade reste deux mois à l'hôpital. Le résultat est encore des plus médiocres les selles sont un peu plus faciles, mais l'écoulement anal persiste. Il a par moments des espèces de débâcles après lesquelles il croit remarquer être plus sujet à ses attaques d'épilepsie, comme s'il y avait une sorte de relation de cause à effet. Dans ces conditions, Thiersch lui conseille une saison à Hall.

Les attaques d'épilepsie deviennent de plus en plus fréquentes ; le malade vient consulter à Paris en 1881. L'année suivante, il consulte Bergmann, qui diagnostique encore un rétrécissement du rectum et refait une opération pour laquelle le malade reste encore quatre semaines à l'hôpital. Le résultat est le même qu'après l'opération faite par Thiersch ; cependant les attaques sont moins fréquentes.

Jusqu'en 1889, il ne consulte plus personne. Ses attaques persistent à intervalles très variables. Les selles sont pénibles. Chaque jour il doit prendre un lavement. Il consulte alors le Dr Lefèvre, qui l'adresse à M. Terrier.

L'état général est bon ; rien aux poumons ni au cœur. Le malade est hypochondriaque ; ses attaques d'épilepsie sont très irrégulières ; la dernière a eu lieu le jour de son entrée dans le service. Il prétend sentir venir son attaque ; il peut la méditer, en retarder l'apparition. Presque toujours il a le temps de se coucher. Parfois, en avalant une grande quantité de cognac (la valeur d'un grand verre), il l'empêche d'avoir lieu. Il n'a pas d'aura.

Urines normales.

En pratiquant le toucher rectal, le doigt est arrêté à 4 centimètres et demi de l'anus par un obstacle qui donne la sensation d'un diaphragme annulaire épais et percé à son centre. C'est à peine si le bout du doigt peut être engagé dans l'orifice. Ce retrécissement est complètement annulaire, mobile sur les parois profondes. Tout autour les tissus sont souples. Cependant on trouve en arrière des brides cicatricielles qui résultent des nombreuses opérations subies par le patient.

En introduisant une sonde en gomme au-dessus du rétrécissement, on arrive dans une dilatation d'où il s'écoule des matières liquides extrêmement infectes.

Préparation du malade. — Dès son entrée dans le service, on le met au régime lacté absolu. Tous les deux jours, on lui fait prendre un verre d'eau de Sedlitz; matin et soir, un lavement boriqué ; enfin on lui prescrit 2 grammes de naphtol par jour.

Opération le 2 juin 1889. — Le malade est placé comme pour subir la taille périnéale.

Dans un premier temps, M. Terrier fait sur la ligne médiane, en arrière de l'anus, une incision qui se porte vers le coccyx. La peau, le sphincter, la muqueuse et la graisse péri-rectale sont successivement incisés. Le coccyx est isolé et sectionné avec une pince tranchante, dans le but de permettre de poursuivre cette incision postérieure. On peut alors facilement la continuer jusqu'au-dessus du rétrécissement, c'est-à-dire à une distance de 7 centimètres environ de l'anus.

L'isolement de l'intestin constitue le second temps. Il s'agit, d'une part, de conserver le sphincter, et, d'autre part, d'atteindre l'intestin au-dessus du rétrécissement. M. Terrier pratique une section transversale de l'intestin juste au-dessus des sphincters et commence l'isolement en arrière et sur les côtés. Il obtient ainsi deux lambeaux triangulaires qui se réunissent en avant. Il poursuit alors la dissection de façon à libérer la face antérieure du rectum. Des pinces sont placées successivement à mesure que la dissection est faite sur l'extrémité détachée du rectum. Il est alors forcé d'abaisser l'organe pour en continuer l'isolement, puis pour en pratiquer l'excision.

Celle-ci constitue le troisième temps de l'opération. M. Terrier abaisse une portion de rectum comprenant le rétrécissement et longue de 6 centimètres. Cette portion est excisée peu à peu en plaçant des pinces sur le bout supérieur, pour arrêter le sang d'une part, et d'autre part pour en faciliter la suture aux sphincters.

Quand l'incision est terminée, on constate en bas l'existence des sphincters, qui sont conservés, mais qui sont sectionnés en arrière; en haut le bout supérieur, isolé dans une longueur de 2 ou 3 centimètres, avec une incision postérieure de 10 millimètres environ.

Le quatrième temps de l'opération consiste à unir par des points de suture le bout supérieur de l'intestin aux sphincters. Après s'être assuré que le bout supérieur de l'intestin descend facilement au contact de l'incision cutanée en arrière, muqueuse en avant, dix gros catguts sont passés à travers les parois de l'intestin, puis à travers la peau en arrière, et la muqueuse conservée au niveau des sphincters en avant.

Lorsque ces fils sont noués, il en résulte que l'intestin s'ouvre au dehors par un orifice allongé, limité en avant par l'ancien anus et les sphincters, en arrière par le siège du coccyx enlevé. Trois crins de Florence sont placés à la partie postérieure de l'incision pour diminuer un peu l'étendue du nouvel anus.

Deux drains sont placés latéralement entre les parois de l'intestin et les tissus divisés. Deux tampons iodoformés sont introduits dans le rectum au-dessus de la ligne de réunion. Enfin un pansement iodoformé est appliqué sur l'anus.

Durée de l'opération, quarante minutes.

Marche. — Journée agitée; le soir, la température atteint 37°,8.

3 *juin.* 38° et 38°,6. Quelques vomissements; se plaint de coliques qui se calment après une injection de morphine.

4 *juin.* 38° et 38°,4. Même état; se plaint toujours de son ventre. Piqûres de morphine.

5 *juin*. 38° et 38°,4. Même état; le pansement est changé; les tampons iodoformés sont enlevés; il s'était accumulé derrière une assez grande quantité de matières liquides. On remplace les tampons par une longue mèche de gaze iodoformée.

6 *juin*. 38°,8 et 38°,2. Le malade ne souffre plus du ventre; son état général est satisfaisant.

7 *juin*. 38° et 38°,4. Le pansement est renouvelé à la suite d'une selle abondante; l'état général est parfait.

Les drains sont enlevés.

8 *juin*. 38° et 38°,2. Rien à signaler. Quelques coliques.

9 *juin*. 39°,2 le matin; la nuit a été mauvaise; le malade se plaint de coliques venteuses. Le pansement est défait; la plaie est en parfait état; mais quand on retire la mèche de gaze iodoformée, il s'écoule encore des matières liquides.

On attribue les accidents signalés, coliques, élévation de température, au séjour forcé des matières liquides au-dessus de l'obstacle créé par le pansement, et à leur absorption. Pour y remédier, on pratique le tubage du rectum de la façon suivante : un gros tube en caoutchouc, de 15 millimètres de diamètre, entouré d'un manchon de gaze iodoformée enduite de vaseline iodoformée, est introduit dans l'anus, de façon que son extrémité supérieure dépasse la ligne de réunion, et que son extrémité inférieure dépasse l'anus de 3 à 4 centimètres. Un premier pansement avec de la gaze iodoformée et de l'ouate hydrophile est placé autour du tube de façon que ce tube semble traverser le pansement. Un deuxième pansement, destiné à préserver l'orifice du tube et à recevoir les liquides, est placé par-dessus le premier. Ce dernier pansement doit être changé deux fois par jour.

Le soir, la température tombe à 37°. Le malade cesse de souffrir et se sent parfaitement bien.

10 *juin*. 37°,4 et 38°. Très bon état général.

A partir de ce moment, le malade se rétablit peu à peu. Il ne souffre pas, va à la selle tous les jours. Chaque fois on change son pansement, on lave le tube et on le replace, entouré de gaze iodoformée.

Le 20 juin, ce tube est complètement supprimé; la plaie est partout bien réunie, sauf en arrière, où il existe quelques bourgeons charnus qu'il faut toucher de temps en temps au nitrate d'argent. Le pansement consiste simplement à garantir l'anus et la plaie avec de l'ouate hydrophile.

Le malade reste encore quelque temps dans le service; il ne peut retenir ses matières, mais bientôt son sphincter redevient actif; il sent le besoin de déféquer et commence à régler ses selles. Il quitte le service le 30 juillet.

A sa sortie, il va à la selle régulièrement et facilement; il peut retenir ses matières pendant quelques instants, suffisamment pour lui permettre de ne pas trop souiller ses vêtements. Dans l'intervalle des selles, il s'écoule un peu de liquide blanchâtre et filant qui tache son linge.

Le malade est perdu de vue jusqu'au mois d'octobre. A cette époque,

il vient plusieurs fois consulter dans le service. Il se plaint toujours du suintement par l'anus. Localement l'anus a une forme allongée ; en arrière, on constate une petite cavité tapissée de bourgeons charnus.

Examen le 4 novembre 1889. — Le malade est rentré dans le service pour qu'on le débarrasse de ce suintement continuel qui l'incommode et augmente considérablement son hypochondrie.

Il va régulièrement à la selle tous les matins ; mais quand il veut déféquer, il est obligé d'attendre un certain temps. Il s'écoule d'abord un peu de matière glaireuse, puis les matières arrivent rubanées d'abord, ensuite normalement moulées. Il ne perd jamais de matières fécales dans ses effets, mais il se plaint d'un écoulement de matières blanchâtres et filantes qui tachent continuellement son linge.

L'anus est représenté par une fente qui se porte d'avant en arrière. Cette fente donne issue à un écoulement de muco-pus assez abondant. En arrière, au fond du sillon qu'elle représente, on trouve encore une surface bourgeonnante qui répond à l'endroit où a porté la section du coccyx. En introduisant le doigt, on pénètre largement et facilement dans l'intestin. L'ampoule rectale n'existe plus, mais la face postérieure du rectum se continue directement en bas, de telle sorte que le rectum représente maintenant un tube vertical, aplati latéralement à sa sortie. A 5 centimètres de l'orifice externe, sur la face antérieure du rectum, on sent une sorte de bride cicatricielle.

En rapprochant la partie postérieure de la fente anale, dans une étendue de 2 centimètres environ, on reconstitue momentanément une ampoule rectale rudimentaire, et on complète le sphincter en arrière ; en outre, cette manœuvre efface complètement la petite dépression tapissée de bourgeons charnus et qui est vraisemblablement le point de départ de l'écoulement muco-purulent dont se plaint le malade.

On se propose de faire disparaître ce clapier par une opération.

Opération le 10 *novembre* 1889. — En arrière, le petit clapier, rempli de bourgeons charnus saignants, est bridé par la peau qui forme la paroi postérieure du cul-de-sac. Ce pont cutané est incisé en arrière. Avec la curette, on enlève soigneusement tous les bourgeons charnus. Cinq catguts sont passés aussi profondément que possible pour assurer le contact des surfaces cruentées dans toute l'étendue de la plaie, mais ce but n'est pas atteint. On est obligé de passer très profondément en dehors un fort catgut qui remplit encore incomplètement le but. Un gros bouchon de gaze iodoformée enduite de vaseline iodoformée et traversé en son centre par un gros tube de caoutchouc est introduit dans le rectum, puis par-dessus un pansement occlusif.

Durée, vingt minutes.

La marche a été des plus simples. Après une quinzaine de jours passés à l'hôpital, le malade a pu sortir le 26 novembre 1889.

Le but de l'opération était atteint en partie. Il n'y avait plus de cavité à la partie postérieure de l'anus, mais on y voyait encore quelques bourgeons charnus. Le malade est revenu plusieurs fois dans le service pour faire cautériser ses bourgeons charnus au nitrate d'argent.

Le 4 février 1890, son état est satisfaisant; il va facilement à la selle; le suintement muco-purulent dont il se plaignait autrefois est maintenant insignifiant. Il est surtout préoccupé à présent par ses attaques d'épilepsie, qui persistent comme par le passé.

Nous ne revoyons le malade que le 4 juin 1890, soit presque exactement une année après son opération.

N... ne perd pas de matières lorsqu'elles sont solides et qu'il est un peu constipé; toutefois, comme il persiste un peu de sécrétion de la muqueuse intestinale et que les sphincters ne fonctionnent pas normalement, il est obligé de se garnir avec de l'ouate, et celle-ci est changée deux ou trois fois par jour.

Les selles ont lieu le matin; parfois N... est obligé de se présenter jusqu'à cinq et six fois à la garde-robe pour vider totalement l'intestin. Ces garde-robes seraient un peu douloureuses, et ces douleurs se feraient sentir à la région sacrée. Toutefois, le malade peut parfaitement se livrer à ses occupations, et, depuis son opération, il n'a jamais souffert de constipation.

Le toucher rectal permet de s'assurer que le calibre de l'intestin est tout à fait normal; les sphincters sont absolument insuffisants. Quant à la muqueuse, elle paraît absolument saine; toutefois, en arrière, au point où on a fait la rectotomie et la résection du coccyx, elle est encore exulcérée et saigne assez facilement. C'est probablement cette exulcération qui donne lieu aux douleurs qui suivent la défécation, douleurs d'ailleurs assez fugaces.

Notons que M. N... est encore sujet à des attaques d'épilepsie; cependant elles sont moins fréquentes.

J'ajouterai un mot sur un des points traités par M. Richelot dans la dernière séance : l'extirpation des cancers annulaires à siège élevé. J'ai opéré un malade par cette méthode, en décembre 1888, et il est encore aujourd'hui sans récidive et très bien portant.

M. Berger. L'observation que vient de nous présenter M. Terrier ressemble à un cas de ma pratique, dans lequel j'ai fait l'extirpation d'un rétrécissement congénital. C'était une petite fille amenée par sa mère; celle-ci était syphilitique, et toutes deux avaient un rétrécissement du rectum. Après un examen approfondi, j'acquis la conviction que la syphilis était une simple coïncidence, et que le rétrécissement de la mère, comme celui de l'enfant, était congénital. Chez la première, je fis la rectotomie postérieure; chez la fille, l'extirpation par un procédé analogue à celui de M. Terrier. Il y a deux ans de cela; je revois toujours la petite opérée, et le résultat est analogue à celui qu'a obtenu notre collègue. J'avoue que je n'en suis pas absolument satisfait : réunion insuffisante en arrière, anus légèrement ogival, incontinence partielle, et, en

outre, un certain degré de sténose reproduite ; si bien que je ferai peut-être ici une nouvelle extirpation.

M. Richelot. Je voudrais dire à M. Berger que l'imperfection des résultats obtenus par lui et par M. Terrier tient sans doute à la méthode périnéale employée par tous deux. C'est justement en prenant la voie sacrée, comme j'en ai donné le conseil, qu'on pourra opérer avec plus de précision, enlever tous les tissus malades et reconstituer parfaitement la région anale.

Je répondrai encore à une objection faite tout à l'heure par M. Berger, qu'il y a beaucoup de rétrécissements, même anciens, qui ne s'accompagnent pas d'une ulcération étendue de la muqueuse. Celui que j'ai opéré avait déjà subi une action chirurgicale en 1886, et la muqueuse était saine, ce qui m'a permis de faire une extirpation complète sans réséquer une grande longueur d'intestin.

M. Quénu. En effet, l'ulcération au-dessus du rétrécissement n'est pas constante, et, quand elle existe, je ne la considère pas comme une contre-indication absolue.

Il est bien entendu, d'ailleurs, que nous conseillons l'extirpation dans les cas où elle est possible.

Au point de vue du choix de la méthode, je ne crois pas que l'opération de Kraske soit toujours nécessaire. Quand le rétrécissement siège très bas, la méthode périnéale peut suffire. Dans le fait que j'ai rapporté, je n'ai pas eu par cette voie de difficultés sérieuses.

Communication.

De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines,

Par M. Paul Segond.

Dans ce travail, je me propose d'appeler votre attention sur la valeur de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines. La question de thérapeutique chirurgicale que je soulève ici serait susceptible d'être envisagée d'une manière plus générale. En effet, les suppurations péri-utérines ne sont pas seules justiciables de ce mode d'intervention. Toutes les affections inflammatoires des trompes et des ovaires, traitées jusqu'ici par exerèse, se trouvent dans des conditions analogues, et par conséquent, pour donner à ce travail toute la portée qu'il comporte, je

devrais étudier la valeur de l'hystérectomie vaginale avec ou sans ablation des annexes dans le traitement de toutes les phlegmasies péri-utérines pour lesquelles la laparotomie est aujourd'hui considérée comme l'intervention de choix. Mais si convaincu que je puisse être dès maintenant des avantages que présente l'intervention par voie vaginale dans tous les cas nécessitant l'ablation bilatérale des annexes, je désire, avant de me prononcer, attendre que mes observations soient plus nombreuses, et pour l'instant je me borne au cas particulier des suppurations péri-utérines.

L'opération dont je viens vous entretenir a été, vous le savez, proposée par M. Péan et décrite par lui sous le nom de castration utérine [1]. La manière de voir de ce chirurgien peut se résumer en peu de mots : dans tous les cas de suppuration péri-utérine qu'il est aujourd'hui classique de traiter par la laparotomie avec ablation aussi complète que possible des parties malades, M. Péan estime qu'il faut remplacer l'ouverture du ventre par l'hystérectomie vaginale avec ou sans ablation des annexes suivant les cas. D'après lui, ce mode d'intervention auquel il dit avoir eu recours 60 fois sans accidents est moins grave que l'ablation des annexes par laparotomie; il donne des guérisons plus complètes; il expose beaucoup moins aux fistulations consécutives; il permet enfin d'éviter aux opérées tous les inconvénients d'une cicatrice abdominale et l'obligation de porter une ceinture.

Malgré la netteté de ces quelques affirmations, M. Péan n'a pas eu, que je sache, beaucoup d'imitateurs, et l'accueil fait parmi nous à son procédé est resté jusqu'ici fort peu encourageant. Seul, M. Terrier a paru concéder que cette manière d'agir pouvait avoir à la rigueur sa raison d'être ; mais M. Terrillon [2] et tout récemment encore M. Pozzi [3] ont nettement exprimé la défiance que leur inspirait la méthode. Pour ma part, j'ai partagé tout d'abord les mêmes appréhensions ; et sans doute j'aurais tardé longtemps à changer d'avis, si diverses circonstances ne m'avaient permis de voir M. Péan opérer et guérir un malade dans des conditions bien faites, m'a-t-il semblé, pour entraîner la conviction. Il s'agissait d'une femme de 35 ans environ condamnée au lit depuis plusieurs mois par une suppuration pelvienne des plus graves. L'utérus très élevé et solidement immobilisé par des adhérences était repoussé à droite par une collection purulente qui bombait un peu dans le cul-de-sac latéral gauche et dont les limites supérieures remon-

[1] Péan, Comptes rendus du congrès de Berlin (*Bull. de l'Académie de médecine*, 1890, p. 9. *Bull. médical*, 1890, p. 633. Leçon publiée par M. Audoin.
[2] Terrillon, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 500.
[3] Pozzi, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 790.

taient à 4 travers de doigt au-dessus du pli de l'aine. Les annexes droites étaient de leur côté envahies par la suppuration. Enfin, par le toucher rectal, on constatait l'existence d'un plastron très dur et très étendu qui attestait les adhérences les plus intimes entre les foyers suppuratifs et la paroi intestinale. En un mot, cette malade se présentait dans des conditions telles que la laparotomie eût été chez elle très laborieuse et très grave. Il est même probable qu'on n'aurait pu pratiquer l'ablation des parties malades sans déchirer l'intestin et qu'on aurait dû se contenter d'une ablation incomplète avec drainage consécutif. Appelé auprès de cette malade par M. le Dr Cheron, avant M. Péan, j'en avais tout au moins jugé ainsi, et j'avoue que l'hystérectomie vaginale dans un cas semblable ne me semblait guère praticable. M. Péan m'a démontré le contraire. Je lui ai vu enlever l'utérus par morcellement avec une dextérité dont je me plais à lui rendre hommage. Au cours de cette ablation, toutes les collections purulentes péri-utérines ont été ouvertes sans qu'il ait été fait aucune tentative pour découvrir ou enlever les annexes plongées au milieu des adhérences ; les suites de l'intervention ont été des plus simples et la malade a merveilleusement guéri.

Ce fait m'a vivement frappé. Il m'a paru confirmer les affirmations générales de M. Péan sur les avantages de son procédé, et c'est ainsi que j'ai résolu de le mettre moi-même à l'épreuve. Ce travail de contrôle devant porter non seulement sur le pronostic immédiat de l'intervention, mais surtout sur la qualité de son pronostic tardif, on pourrait m'accuser d'en précipiter un peu trop la communication, mais j'espère éviter en partie cette critique.

Vingt-trois fois déjà j'ai pratiqué l'opération de Péan dans les conditions les plus variées ; les résultats que j'ai obtenus m'ont paru significatifs, j'ai pu étudier de très près le manuel opératoire de cette opération difficile, et si le nombre de mes opérations ne me permet pas encore des conclusions formelles, il m'autorise tout au moins à vous communiquer mes impressions premières sur une méthode thérapeutique dont la grande valeur ne me paraît pas contestable.

Mes vingt-trois observations se répartissent de la manière suivante :

Obs. I. — *Double pyosalpingite suppurée. Hystérectomie vaginale totale avec ablation complète des annexes. Guérison.* (Jeune femme de 24 ans, opérée le 9 août 1890 dans mon service de la Maison de Santé.)

Obs. II. — *Double pyosalpingite et pelvi-péritonite suppurée. Hystérectomie vaginale totale avec simple ouverture des foyers péri-utérins*

sans ablation des annexes. Guérison. (Femme de 39 ans, opérée le 23 août 1890 dans mon service de la Maison de Santé.)

Obs. III. — *Double hémato-salpingite avec foyer purulent à gauche. Hystérectomie vaginale totale avec ablation des annexes gauches et simple évacuation de la collection droite. Guérison.* (Femme de 29 ans, opérée le 23 août 1890 dans mon service de la Maison de Santé.)

Obs. IV. — *Salpingite catarrhale bilatérale avec altération scléro-kystique des deux ovaires. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison.* (Femme de 30 ans, opérée le 23 septembre 1890 dans mon service de la Maison de Santé.)

Obs. V. — *Ovaro-salpingite double non suppurée avec altération scléro-kystique des deux ovaires et rétroflexion adhérente. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison.* (Femme de 36 ans, opérée le 16 octobre 1890 dans mon service de la Maison de Santé.)

Obs. VI. — *Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale totale avec ablation des annexes gauches et simple ouverture de la collection purulente dépendant des annexes droites. Guérison.* (Femme de 24 ans, opérée le 15 octobre 1890 dans le service du professeur Pinard.)

Obs. VII. — *Double pyosalpingite avec pelvi-péritonite suppurée très grave, hystérectomie vaginale avec simple ouverture des nombreuses collections purulentes enclavant l'utérus, sans ablation des annexes perdues au milieu du pus et des fausses membranes.* (Femme de 30 ans, opérée le 17 octobre 1890 chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé.)

Obs. VIII. — *Rétroflexion adhérente avec altération scléro-kystique des deux ovaires s'accompagnant de phénomènes douloureux très intenses et de troubles hystériques variés. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison.* (Mme X..., 34 ans, opérée le 21 octobre 1890 chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé.)

Obs. IX. — *Suppuration pelvienne datant de plusieurs années. Les lésions sont bilatérales et les collections purulentes se sont plusieurs fois vidées dans le rectum. Hystérectomie vaginale sans ablation des annexes, avec simple ouverture des clapiers péri-utérins. Guérison.* (Femme de 35 ans, opérée à Nantes le 12 septembre 1890, en présence de MM. Poisson-Bertin et Larabrie. Au cours de l'opération, j'ai agrandi l'orifice fistuleux qui existait déjà entre le rectum et l'un des clapiers péri-utérins. M. Poisson m'a dit en janvier 1891 que l'opérée était en parfait état de santé, mais que sa fistule recto-vaginale n'était pas encore tout à fait cicatrisée.)

Obs. X. — *Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison.* (Femme de 30 ans, opérée le 22 octobre 1890 dans le service du professeur Pinard.)

Obs. XI. — *Salpingite catarrhale avec altération scléro-kystique des deux ovaires. Phénomènes douloureux intenses et troubles nerveux généraux variés. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison.* (Mme X..., 35 ans, opérée le 29 octobre 1890 dans le service du professeur Pinard.)

Obs. XII. — *Pelvipéritonite suppurée ancienne. Collections péri-utérines très volumineuses. L'une d'elles a été incisée antérieurement au niveau de la région inguinale gauche. Hystérectomie vaginale avec simple ouverture des collections péri-utérines. Mort au bout de 48 heures.* (Mme X..., 39 ans, opérée le 30 octobre 1890 chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé, avec l'assistance de mon ami le Dr Ribemont.

Obs. XIII. — *Pyosalpingite double avec pelvi-péritonite et collections purulentes péri-utérines. Les difficultés de l'intervention obligent à laisser en place le fond de l'utérus. Continuation des accidents et mort le quinzième jour de phénomènes septiques.* (Femme de 34 ans, opérée le 7 novembre 1890 dans le service du professeur Pinard.)

Obs. XIV. — *Pyosalpingite double tuberculeuse. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Mort de péritonite le troisième jour.* (Femme de 22 ans, opérée le 15 novembre dans mon service de la Maison de Santé.)

Obs. XV. — *Salpingite catarrhale avec altération scléro-kystique des deux ovaires. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison.* (Femme de 29 ans, opérée le 22 novembre 1890 dans mon service de la Maison de Santé.)

Obs. XVI. — *Pyosalpingite double. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison.* (Femme de 30 ans, opérée le 3 décembre 1890 dans le service du professeur Pinard.)

Obs. XVII. — *Suppuration pelvienne antérieurement traitée par laparotomie et ablation bilatérale des annexes. Récidive et formation de nouvelles collections purulentes péri-utérines. Hystérectomie vaginale. Guérison.* (Femme de 35 ans, opérée le 6 novembre 1890 dans mon service de la Maison de Santé.)

Obs. XVIII. — *Altération scléro-kystique des deux ovaires. Rétroflexion adhérente et kyste séreux de la face postérieure de la vessie. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes et du kyste vésical. Guérison.* (Femme de 30 ans opérée le 13 décembre 1890 dans mon service de la Maison de Santé.)

Obs. XIX. — *Double pyosalpingite avec pelvi-péritonite suppurée. Hystérectomie vaginale sans ablation des annexes avec simple ouverture des collections purulentes péri-utérines. Mort le troisième jour.*

(Femme de 29 ans, opérée le 15 décembre 1890 dans le service de mon ami le Dr Schwartz.)

Obs. XX. — *Collection purulente rétro-utérine volumineuse et fibromes interstitiels multiples formant avec l'utérus une masse remontant jusqu'à l'ombilic. Évacuation de la collection purulente. Ablation des fibromes par morcellement. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison.* (Femme de 50 ans, opérée à Nantes le 18 décembre 1890.)

Obs. XXI. — *Double salpingite interstitielle avec altération scléro-kystique des deux ovaires. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison.* (Femme de 21 ans, opérée le 28 décembre 1890 dans mon service de la Maison de Santé.)

Obs. XXII. — *Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison.* (Mme X, 40 ans, opérée le 5 janvier 1891 chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé. A la chute des eschares dues au pincement il s'est produit une fistule vésico-vaginale qui n'est pas encore cicatrisée le 1er mars.)

Obs. XXIII. — *Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison.* (Femme de 23 ans, opérée le 14 janvier 1891 dans le service du professeur Pinard.)

Je me contente de cette simple énumération des titres de mes observations, et pour ne point surcharger inutilement nos bulletins, je me réserve de publier ultérieurement leur relation détaillée. D'ailleurs plusieurs de ces faits visent des cas d'hystérectomies dirigées contre des phlegmasies péri-utérines non suppurées : telles sont les observations IV, V, VIII, XI, XV, XVIII, XXI. Je me bornerai donc à vous donner quelques détails sur les faits de suppurations péri-utérines proprement dites qui seuls nous intéressent aujourd'hui.

Sur mes vingt-trois opérations j'ai quatre morts (obs. XII, XIII, XIX). Voici le résumé de ces quatre observations sur lesquelles je veux d'abord appeler votre attention.

La malade de l'observation XII était une femme énorme et presque polysarcique, mais très affaiblie par des poussées de pelvi-péritonite qui la retenaient au lit depuis plusieurs mois. Son dernier accouchement, le cinquième, datait du mois de mars, et vers le mois de mai M. Ribemont avait dû inciser une collection purulente au niveau de la région inguinale gauche. Lorsque j'ai vu la malade pour la première fois, le 27 octobre, les lésions péri-utérines étaient étendues et graves. Le col utérin, très haut situé derrière le pubis, était pour ainsi dire inaccessible. Une vaste collection fluctuante, dont les limites supérieures avoisinaient l'ombilic, bom-

bait dans le cul-de-sac vaginal postérieur et remplissait la fosse iliaque droite. A gauche de l'utérus, on percevait enfin un volumineux empâtement avec plastron sus-inguinal au sein duquel se perdait la fistule résultant de l'incision antérieurement pratiquée par le Dr Ribemont. L'élévation de l'utérus, sa fixation absolue et les dimensions excessives de la malade rendaient, on le conçoit, l'intervention très difficile. MM. Terrillon et Nélaton, qui assistaient au début de l'opération, ont pu en juger. Néanmoins, grâce à l'assistance de M. Ribemont et de mes internes, MM. Baudron et Thiercelin, j'ai pu enlever la totalité de l'utérus en une heure et demie sans aucun accident opératoire. Je dirai même que les résultats immédiats de l'intervention me donnaient toute satisfaction. Les collections péri-utérines étaient largement ouvertes, l'irrigation du foyer opératoire se faisait aisément par l'intermédiaire de la fistule inguinale et l'hémostase était très bien assurée par 10 pinces à demeure. Le lendemain matin tout paraissait aller pour le mieux. Le faciès était bon, la malade ne souffrait pas. La quantité et la qualité de l'urine étaient normales. Seul, le pouls ne s'était pas relevé depuis l'opération. Cet état rassurant n'a pas duré. A deux heures de l'après-midi, la malade s'est brusquement plaint d'une tendance à la syncope. Elle s'est peu à peu refroidie, et vers 6 heures du soir elle était morte. L'absence de complication locale et de vomissements, le peu d'élévation de la température m'ont fait attribuer ce décès à l'affaiblissement de la malade et au choc opératoire.

La malade de l'observation XIII se présentait dans des conditions analogues. Ses dimensions excessives compliquaient singulièrement toute intervention. Son état général était très grave ; elle avait la langue sèche, le pouls rapide, une température élevée (39 et 40° tous les soirs) et un peu de subdélirium. Quant aux lésions locales, elles étaient très graves, et, comme chez la malade de l'observation XII, l'utérus, très haut situé et immobile, était plongé au milieu de collections purulentes très volumineuses. L'opération a duré une heure et demie, et comme je n'avais pas encore à ma disposition les très longs écarteurs que j'ai fait construire à M. Collin pour ces cas exceptionnels, il m'a été impossible d'achever complètement l'ablation. J'ai dû laisser en place le fond de l'utérus. Bien entendu, je n'avais pas recherché l'ablation des annexes et je m'étais contenté d'ouvrir largement deux volumineuses collections purulentes situées à droite de l'utérus et une collection sero-hématique assez importante de la trompe gauche. Les suites opératoires se sont d'abord montrées rassurantes. La température est tombée et la malade éprouvait un mieux être très manifeste.Toutefois, je dois noter ici que le troisième jour, le len-

demain de l'ablation des pinces, l'issue d'une certaine quantité de matières fécales par le vagin est venue montrer qu'il y avait une déchirure du rectum. Mais ce n'est pas à cette complication opératoire qu'il faut attribuer les accidents mortels qui ont bientôt paru. En effet, vers le cinquième jour la température s'est élevée, l'état général est rapidement devenu très mauvais, la sécrétion purulente qui se faisait par le vagin a pris une odeur très fétide et le quinzième jour la malade a succombé dans le délire avec tous les signes d'une double broncho-pneumonie infectieuse.

L'autopsie nous a montré que cette mort devait être attribuée au caractère incomplet de l'intervention. Il n'y avait pas de péritonite, mais au-dessus de la calotte utérine, qu'il m'avait été impossible d'extirper, il existait deux collections purulentes à contenu très fétide qui étaient sûrement la cause de la reprise des accidents et des phénomènes infectieux qui ont emporté la malade. Quand à la perforation rectale, elle était sans doute mon œuvre, mais je tiens à faire observer qu'elle était peu étendue et qu'elle portait sur une portion de paroi rectale très amincie et baignée par le pus. Il m'a paru certain qu'une perforation spontanée se serait faite à ce niveau en cas de non-intervention.

La malade de l'observation XIV est morte de péritonite, et j'ai tout lieu de penser qu'il s'est agi de péritonite par perforation. C'était une jeune femme présentant tous les signes d'une endométrite purulente avec double pyo-salpingite. Malade depuis plusieurs, mois elle était déjà très amaigrie et fort affaiblie. Elle présentait en outre, aux deux sommets, des signes de tuberculose au début. L'opération s'est faite sans incident spécial, toutefois les annexes étaient très adhérentes et la trompe du côté gauche avait été particulièrement difficile à extirper. C'est précisément à ce niveau qu'une douleur d'une violence excessive s'est produite le lendemain de l'opération ; puis, tous les symptômes d'une péritonite généralisée se sont déclarés, et la mort est survenue le troisième jour. L'examen des pièces nous a montré qu'il s'agissait d'une double ovaro-salpingite tuberculeuse, et le parenchyme utérin présentait lui-même deux foyers de même nature.

La dernière opérée que j'ai perdue est celle de l'observation XIX, et je ne crois pas que ce décès puisse, plus que les précédents, compromettre l'avenir de l'opération de Péan. La malade était une jeune femme minée depuis plusieurs semaines par une suppuration pelvienne des plus graves. Son affaiblissement était tel, sa température si élevée et son état général à ce point alarmant, que mon collègue M. Schwartz n'avait pas osé lui pratiquer la laparotomie. Malgré ces conditions si défavorables, j'ai pensé qu'il y avait lieu d'intervenir, et M. Schwartz ayant bien voulu me confier

ce soin, j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale avec large ouverture des collections purulentes assez volumineuses et très fétides qui entouraient l'utérus. L'opération s'est effectuée sans incident et très simplement. L'utérus a été pour ainsi dire énucléé des fausses membranes qui l'enclavaient, sans que le péritoine ait été ouvert. Aussi bien les suites immédiates de l'opération m'ont-elles paru très satisfaisantes. Le lendemain de l'opération, la fièvre était en effet tombée, le faciès était rassurant et il n'y avait aucune complication locale ; seul l'affaiblissement de la malade restait très grand, et c'est lui qui est sans doute coupable de la terminaison fatale. Bien que les moyens d'usage aient été, croyons-nous, employés pour relever les forces de l'opérée, son état général a rapidement décliné. La température est descendue au-dessous de 37°, le pouls est devenu incomptable et la malade, opérée le 15 décembre, s'est éteinte le 18 à six heures du matin.

J'ai tenu à vous donner d'abord la relation de ces quatre morts, mais pour en apprécier la portée, j'espère que vous voudrez bien retenir l'état vraiment désespéré de mes quatre opérées. Sans intervention, elles étaient condamnées et pour trois d'entre elles (obs. XII, XIII et XIV), on peut affirmer que la laparotomie eût été mortelle. Je ne crois donc pas que ces quatre insuccès puissent être portés au passif de l'hystérectomie. Tout ce que l'on peut dire c'est qu'elle a été impuissante. Mais dans ces quatre cas, elle était à tous les titres l'intervention de choix et qui plus est, l'intervention la moins grave à laquelle on pût songer. La part de mes insuccès étant ainsi faite, je vais insister sur l'histoire des opérées guéries par l'hystérectomie en faisant bien observer que nombre d'entre elles étaient cependant dans un état des plus graves au moment de l'intervention.

Les malades auxquelles je fais allusion se divisent en deux groupes : les unes avaient des lésions suppuratives ovaro-salpingiennes, sans doute fort sérieuses, mais de pronostic opératoire bénin. Je veux dire par là que leurs annexes étaient le siège exclusif du mal, qu'elles étaient énucléables sans grande difficulté et que leur ablation par laparotomie, faite avec toutes précautions voulues, eût été sûrement suivie de guérison opératoire. Les autres, au contraire, avaient des lésions suppuratives plus graves et plus étendues que la laparotomie n'aurait guérie qu'au prix des plus incontestables dangers. Je m'arrêterai peu sur les malades de la première catégorie (obs. I, III, VI, X, XII et XIII). Chez elles, comme chez les sept femmes que j'ai hystérectomisées pour des lésions non suppuratives des annexes (obs. IV, V, VII, IX, XV, XVIII, XXI), les indications étaient fort nettes, l'intervention s'est faite sans difficultés sérieuses et sans autres complications opéra-

toires que deux perforations vésicales dont je parlerai plus loin (obs. V et XXII). Enfin, sauf deux cas dans lesquels j'ai simplement ouvert les collections purulentes salpingiennes sans ablation des annexes correspondantes (obs. III et IV), j'ai toujours pratiqué l'ablation totale de l'utérus, des trompes et des ovaires. Dans tous ces cas, les suites opératoires ont été simples et la guérison parfaite. Il est donc inutile que j'abuse de votre attention en insistant sur l'histoire clinique de ces malades. Je vous prie simplement de vous souvenir que chez elles, l'ablation a présenté un pronostic opératoire aussi bénin que celui des laparotomies les mieux conduites et je me réserve de vous dire plus tard combien leur guérison est plus sûre et plus définitive que si elles avaient subi l'ablation des annexes par laparotomie.

Les six malades dont il me reste à vous parler (obs. II, VII, IX, XVI, XVII et XX) me retiendront davantage. Elles sont dans la catégorie des grandes malades, et leurs observations me semblent démontrer très nettement la supériorité de l'opération que je viens défendre devant vous. La malade de l'observation II est une femme de 39 ans entrée le 7 août dernier dans mon service de la maison Dubois, avec tous les signes d'une pelvipéritonite suppurée : utérus haut situé et enclavé au milieu des fausses membranes ; collections purulentes faisant saillie dans les deux culs-de-sac latéraux aussi bien que dans le postérieur ; ventre ballonné et douloureux ; température élevée ; anorexie complète et dépression considérable des forces. Des symptômes d'ovaro-salpingite avaient plusieurs fois condamné la malade au repos depuis l'âge de 26 ans. Mais c'est depuis quatre mois seulement que les lésions suppuratives s'étaient étendues et que les symptômes locaux et généraux étaient devenus très alarmants. Sans intervention, cette malade aurait certainement succombé, et je ne crois rien exagérer en affirmant que chez elle la laparotomie eût été très grave. Le petit bassin était en effet rempli de pus et de fausses membranes épaisses, il existait des adhérences intestinales nombreuses, et l'ablation des parties malades par laparotomie eût été très laborieuse et peut-être impossible.

J'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale dans ces conditions défavorables. L'opération a duré cinquante-cinq minutes ; deux vastes collections purulentes à contenu très fétide ont été évacuées au cours de l'intervention, et j'ai dû laisser en place le fond de l'utérus après m'être assuré que le morcellement avait atteint les limites supérieures de sa cavité. Malgré sa grande faiblesse, la malade a très bien supporté l'intervention. Les 8 pinces laissées à demeure ont été enlevées au bout de quarante-huit heures ; la température est redevenue normale, et jusqu'au quinzième jour, aucun incident

n'est venu troubler la guérison. A cette date, il s'est fait une poussée suppurative du côté du ligament large gauche, et pendant deux jours, la température du soir s'est élevée à 40°. Au bout de ce temps, un demi-verre de pus s'est écoulé spontanément par le vagin, la température s'est abaissée, et dès lors la convalescence s'est franchement établie. La malade s'est levée le vingt-huitième jour ; elle a quitté mon service en merveilleux état le 30 septembre, et depuis cinq mois, sa parfaite guérison ne s'est pas un instant démentie.

La malade de l'observation VII est peut-être plus démonstrative encore. Il s'agit d'une jeune femme d'une trentaine d'années à laquelle j'ai, pour la première fois, donné mes soins en juillet 1889. Elle avait alors une endométrite avec rétroversion adhérente et salpingite droite. Les symptômes douloureux dont elle souffrait cédèrent au curettage intra-utérin, et pendant quelques mois, l'amélioration progressive de son état général et local nous fit espérer une guérison définitive prochaine. Pour activer les choses, j'eus par malheur la pensée de lui conseiller une saison à Salies. Or, peu de jours après son arrivée dans cette station thermale, elle fut prise d'une poussée de salpingite aiguë bientôt suivie d'une péritonite généralisée des plus graves. Notre collègue M. Reclus, qui voulut bien à cette époque voir la malade avec M. Lejard, pourra vous dire lui-même quelles furent leurs inquiétudes. Quoi qu'il en soit, sous l'influence du traitement institué, la péritonite parut se localiser dans le petit bassin, et la nécessité d'une intervention grave devenant évidente, M. Lejard assuma la responsabilité de me ramener la malade. Malgré les précautions prises, ce voyage fut des plus pénibles, et l'état de la patiente, à son arrivée chez les sœurs de la rue de la Santé, était on ne peut plus alarmant : dépression considérable des forces, facies inquiétant, langue sèche, pouls d'une faiblesse extrême, vomissements fréquents, température élevée atteignant chaque soir 39 et 40°, ventre ballonné et douloureux et localement tous les signes de la pelvipéritonite suppurée.

Tel était l'état des choses. Je ne crois rien exagérer en affirmant qu'une laparotomie aurait été néfaste. L'affaiblissement de la patiente était en effet extrême, et, localement, l'étendue des lésions suppuratives, le volume des poches purulentes qui remplissaient tout le petit bassin, défiaient toute tentative d'ablation. Je me décidai donc, le 17 octobre, à pratiquer l'opération de Péan en présence de notre collègue M. Nélaton. L'intervention fut laborieuse, mais très satisfaisante. Au cours du morcellement utérin, que l'élévation et la fixation de l'organe rendaient assez pénible, j'évacuai deux kystes à contenu séreux et trois vastes collections

purulentes très fétides. Bien entendu je ne fis aucune tentative pour rechercher les annexes, et je me contentai de drainer la vaste cavité suppurante avec des lanières de gaze iodoformée. L'opération avait duré une heure. Sans insister autrement sur les suites de cette intervention, je vous dirai simplement qu'au bout de huit jours la patiente pouvait être considérée comme sauvée. Graduellement elle reprit ensuite ses forces, et depuis lors sa guérison ne s'est pas démentie.

La malade de l'observation IX est, elle aussi, très probante, mais à un point de vue différent. L'ancienneté des lésions suppuratives, leur communication avec le rectum sont les points les plus saillants de son observation que je vous ai suffisamment résumée pour n'y point revenir. Je crois de même superflu de détailler l'histoire des deux malades des observations XVI et XVII. La première avait des abcès localisés aux deux trompes, et la laparotomie en eût facilement permis l'ablation. Toutefois son état général était très inquiétant, elle avait une température très élevée et sa misère physiologique était telle qu'à mon avis, comme à celui de M. Pinard, l'ouverture du ventre eût été chez elle des plus périlleuses. Elle a cependant fort bien supporté l'hystérectomie, et c'est à ce titre que j'ai voulu souligner son cas. Quant à la malade de l'observation XVII, elle offre cette particularité, fort précieuse à mon point de vue, qu'elle avait antérieurement subi l'ablation des annexes par laparotomie et que cette opération avait été bientôt suivie du retour des accidents. Mais je dois réserver la publication de ce fait intéressant. J'ai opéré cette malade le 6 décembre en présence de M. Terrillon, et les suites immédiates de l'hystérectomie ont été bonnes. Mais depuis, les phénomènes douloureux ont en partie reparu. Il existe encore un empâtement manifeste au-dessus de la cicatrice vaginale, et je me réserve de vous faire connaître ultérieurement les suites définitives de l'intervention, d'autant que cet insuccès thérapeutique est le seul que j'ai observé jusqu'ici.

Reste la malade de l'observation XX, et celle-ci est un exemple trop net des bienfaits du morcellement par voie vaginale pour que je ne vous résume pas l'observation, dont tous les détails m'ont été remis par M. le docteur Bertin (de Nantes). La malade était une femme de 50 ans qui était atteinte à la fois d'une suppuration péri-utérine et de fibromes interstitiels. L'abcès pelvien, qui bombait dans le cul-de-sac de Douglas, s'était à plusieurs reprises ouvert dans le rectum. Quant aux fibromes, ils formaient avec l'utérus une très grosse tumeur bosselée dont les limites supérieures atteignaient franchement l'ombilic. MM. Bertin et Poisson ayant bien voulu me confier cette malade, j'ai été l'opérer à Nantes le 18 décembre en présence de MM. Heurteau, Malherbe Bertin,

Poisson, Larabrie, Plantard et Simoneau. M. Simoneau donnait le chloroforme, et j'étais directement assisté par mes deux internes MM. Thiercelin et Baudron. En suivant les règles opératoires du morcellement, j'ai évacué une collection rétro-utérine d'un litre de pus, puis j'ai pratiqué l'ablation de l'utérus, des fibromes, des ovaires et des trompes ; celles-ci étaient très épaisses et l'utérus contenait une série de gros fibromes dont le poids total était de 520 grammes. Cette opération a duré trois heures. Grâce aux soins intelligents dont elle a été entourée, grâce au milieu exceptionnel que lui offrait l'hôpital de Chantenay, la malade a guéri sans le moindre incident post-opératoire, et son état de santé est actuellement parfait.

Tels sont les résultats actuels de ma pratique. Vous jugerez sans doute qu'ils ne sauraient faire accepter sans réserve tout le bien que je pense du procédé de Péan dans la cure des suppurations péri-utérines. Mais je n'ai pas moins l'espoir qu'ils vous paraîtront assez probants pour vous engager à soumettre l'opération nouvelle au contrôle de votre expérience personnelle. En ce qui me concerne, je vous l'ai dit, ma conviction est faite : les avantages du procédé de Péan ne me semblent pas contestables et voici comment on doit, à mon avis, juger l'ensemble de cette importante question de gynécologie opératoire:

Le premier point qui mérite l'attention concerne les indications de l'intervention. Pour M. Péan dont je partage absolument la manière de voir, l'hystérectomie est indiquée dans tous les cas de suppuration pelvienne qu'il est aujourd'hui classique de traiter par laparotomie avec ablation des parties malades. Envisagées dans leur ensemble les indications de l'hystérectomie dans le traitement des suppurations pelviennes sont donc pour nous fort simples à définir : nous estimons qu'elles sont exactement semblables à celles de l'ablation des annexes par laparotomie. Mais ce n'est pas tout, et pour que cette formule exprime toute la vérité, il est indispensable, à mon avis, de la compléter en spécifiant que l'hystérectomie doit être uniquement réservée aux cas dans lesquels l'ablation *bilatérale* des annexes est elle-même nécessaire. Ceci n'est point seulement un précepte, c'est, on peut le dire, un véritable commandement. Il est donc bien entendu que dans tous les cas d'abcès pelviens qui paraîtront curables par l'incision simple au niveau d'un point quelconque de la paroi abdominale ou dans le vagin, il ne saurait être question d'hystérectomie. Cette règle s'applique non seulement aux hématocèles suppurées et aux collections phlegmoneuses récentes, sur le traitement desquelles tous les chirurgiens sont d'accord, mais concerne aussi les quelques variétés rares d'abcès pelviens d'origine ovaro-salpingienne que l'on peut à la rigueur

guérir par incision vaginale dans les conditions particulières que notre collègue M. Bouilly[1] a dernièrement pris soin de spécifier. Mais tout ceci va de soi, et ce ne sont point là les conditions susceptibles de mettre en défaut notre souci de respecter les fonctions de reproduction toutes les fois que faire se peut.

Les cas auxquels je fais surtout allusion ici sont ceux dans lesquels l'unilatéralité des lésions suppuratives, tout en exigeant la laparotomie avec ablation des annexes du côté malade, permet d'espérer qu'il sera possible de respecter les annexes de l'autre côté. Or, on ne saurait le répéter avec trop d'insistance: dans un cas quelconque de suppuration péri-utérine, toutes les fois que la bilatéralité des lésions suppuratives n'est pas évidente, c'est à la laparotomie qu'il faut donner la préférence. Elle seule permet le diagnotic précis des lésions et donne en conséquence la possibilité de guérir les malades tout en leur conservant l'intégrité de leurs fonctions sexuelles. Je sais bien que l'ablation des annexes par voie vaginale est possible et qu'elle a peut-être encore quelques défenseurs; mais en ce qui me concerne, et pour des raisons qu'il n'y a pas lieu de rappeler ici, j'estime avec le plus grand nombre des chirurgiens que l'ovariotomie vaginale sans hystérectomie préalable est une opération mauvaise, difficile et particulièrement dangereuse en cas de suppuration. La conclusion s'impose : dans toute ablation des annexes par voie vaginale, l'hystérectomie doit être le premier temps de l'intervention et, par conséquent, il est formellement interdit de choisir cette voie toutes les fois que la *bilatéralité* des lésions suppuratives n'est pas un fait absolument avéré. En d'autres termes, il ne doit être question d'hystérectomie vaginale que dans les cas *nécessitant sûrement l'ablation bilatérale des annexes*.

Ces quelques mots résument toute ma pensée sur les indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des phlegmasies péri-utérines qu'elles soient ou non suppuratives, et la question étant ainsi posée, l'opération que je préconise ne saurait être soupçonnée d'être plus compromettante que la laparotomie pour les fonctions de reproduction. Une femme chez laquelle le sacrifice des annexes est décidé n'a vraiment que faire de son utérus. Je sais bien qu'une autre objection est ici possible. Dans les suppurations péri-utérines dira-t-on, la clinique ne permet pas toujours d'affirmer que les annexes sont atteintes, et dans certains cas, on peut être conduit à évacuer par laparotomie des collections purulentes sans enlever les annexes. Le fait est exact, et tout récemment M. Terrier[2]

[1] Bouilly, De l'ouverture par voie vaginale des collections purulentes salpingées et ovariennes (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 500).

[2] Terrier, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 513.

nous citait le cas d'une opérée qui est devenue enceinte plusieurs mois après son opération. Mais quelle n'est pas la rareté des cas de cette nature ? tous les laparotomistes sont là pour en témoigner; ils savent aussi fort bien que dans les suppurations pelviennes de quelque étendue les annexes sont toujours plus ou moins altérées et suivant la juste remarque de M. Pozzi[1], les malades qui guérissent après suppuration pelvienne en conservant leurs annexes sont, dans l'immense majorité des cas, « tout aussi impropres à la reproduction que celles qui ont été soumises à l'extirpation. Les trompes subissent chez elles un travail de sclérose qui les rend vite imperméables. » Pour toutes ces raisons, nous sommes donc autorisés, me semble-t-il, à passer outre, et lorsqu'une femme se présente avec des lésions péri-utérines suppuratives *bilatérales*, la certitude de conférer une guérison radicale par l'hystérectomie vaginale vaut bien le sacrifice des quelques chances de grossesse ultérieure que pourrait à la grande rigueur donner une tentative de guérison par simple incision des collections purulentes.

Ceci posé, nous pouvons étudier l'intervention en elle-même, voir comment on doit la pratiquer et dans quelle mesure elle remplit les indications opératoires. Nous analyserons ensuite les avantages qu'elle peut offrir sur les autres méthodes employées jusqu'ici.

Le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale pratiquée pour la cure des suppurations péri-utérines ou des lésions inflammatoires quelconques des annexes a été décrit par M. Péan et c'est aux règles données par ce chirurgien qu'il faut scrupuleusement se conformer. L'utérus, toujours plus ou moins fixé par des adhérences, doit être et ne peut être enlevé que par morcellement. Il est donc inutile de discuter ici les avantages comparés des ligatures et de la forcipressure; celle-ci est seule possible.

Bien entendu, je n'ai pas à insister sur la préparation des malades, sur la nécessité d'assurer par les moyens d'usage l'asepsie du rectum, de la vulve et du vagin, et sur l'obligation d'observer toutes les règles de l'antisepsie, avant, pendant et après l'opération. A ces divers points de vue, je n'aurais rien à vous dire qui ne vous soit parfaitement connu, et l'ablation de l'utérus par voie vaginale exige toujours les mêmes précautions, quelle que soit son indication. Toutefois, avant d'aborder la description du manuel opératoire, je crois nécessaire de vous donner quelques détails sur le matériel instrumental et sur la position qu'il convient de donner aux opérées. Non point que je veuille décrire ici l'instrumentation classique de l'hystérectomie vaginale par morcellement, mais ce

[1] Pozzi, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 519.

que je tiens à bien spécifier, c'est qu'il est impossible de conduire à bien une hystérectomie vaginale par morcellement, en cas de suppuration péri-utérine, sans avoir à sa disposition le matériel instrumental que M. Péan a fait construire à cet effet. Je vous signale en particulier le rôle capital qui est dévolu aux pinces à mors courts et parallèles dont se sert exclusivement ce chirurgien et aux longs écarteurs dont il fait usage, soit pour maintenir la béance de la vulve et du vagin, soit pour décoller les tissus péri-utérins.

Quant à la position qu'il convient de donner à la femme, je la crois variable suivant les cas. M. Péan préconise exclusivement le décubitus latéral gauche, et dans cette situation, on opère en effet avec plus de sécurité et de facilité toutes les fois que l'utérus ne se laisse pas abaisser. Je crois donc qu'il faut toujours adopter cette situation dans les cas précités. Par contre, lorsque l'utérus semble plus facilement céder aux tractions, je pense qu'il est plus simple d'opérer dans la situation dorso-sacrée. Dans cette position, le morcellement est peut-être plus difficile; on est un peu moins à l'aise pour détacher la vessie et la maintenir à distance sous la valve d'un écarteur; mais en revanche, on surveille mieux la respiration, le rôle des aides est moins fatigant et, détail fort important, la malade étant mieux et plus sûrement immobilisée pendant l'intervention, on n'observe plus les déplacements du bassin que la vigilance des aides ne saurait empêcher lorsqu'on maintient une femme pendant longtemps dans le décubitus latéral. L'opérateur n'est donc plus tenté de porter lui-même les mains sur les cuisses ou les fesses pour rétablir la bonne attitude, et par conséquent il est moins exposé à contaminer ses mains.

J'en arrive au manuel opératoire proprement dit; la malade étant placée dans le décubitus latéral gauche ou dans la situation dorso-sacrée, la vulve est maintenue béante par des écarteurs coudés et le col solidement saisi par une pince à abaissement. Cela fait, la muqueuse vaginale est incisée comme dans toute hystérectomie, le col est libéré aussi haut que possible par voie de décollement, puis on procède au morcellement. Celui-ci se fait progressivement, par étapes successives si je puis ainsi dire, et chacune de ces étapes comporte quatre manœuvres principales : 1° la libération des faces antérieures et postérieures de l'utérus; 2° la section des ligaments larges; 3° la division en deux valves de la portion d'utérus libéré par les deux manœuvres précédentes. 4° l'incision des deux valves ainsi obtenues.

La libération des faces antérieures et postérieures de l'utérus doit se faire par décollement juxta-utérin, à l'aide de l'extrémité mousse d'un long écarteur de Péan qu'on manœuvre à la manière

d'une rugine. Ce décollement doit être poursuivi prudemment, avec le souci constant de maintenir strictement l'instrument contre le tissu utérin. On évitera de la sorte la blessure de la vessie et du rectum, et suivant le cas, on ouvrira soit le cul-de-sac péritonéal, soit une collection purulente. Il se peut aussi que le décollement se poursuive jusqu'au bout sans qu'on ouvre ni le péritoine, ni la moindre collection. L'utérus est alors comme énucléé des fausses membranes qui l'entourent. Ce sont là autant d'éventualités qu'on doit s'attendre à rencontrer.

La section des ligaments larges se fait suivant les règles habituelles : les deux écarteurs qui ont été introduits contre les deux faces antérieure et postérieure de l'utérus, soit par décollement sous-péritonéal soit par effraction des collections purulentes juxta-utérines, soit encore par pénétration intra-péritonéale, restent en place pour protéger la vessie et le rectum. On saisit dans une pince à mors parallèles la portion des ligaments larges correspondant au segment utérin rendu accessible et visible par les écarteurs, puis on les sectionne au ras de l'utérus.

Les deux dernières manœuvres sont fort simples. Le segment d'utérus libéré par la section partielle des ligaments larges est divisé en deux valves que l'on incise l'une après l'autre, après avoir pris le soin de fixer la base de chacune d'elles par deux pinces à abaissement. Un premier segment d'utérus est de la sorte excisé, et répétant aussitôt les mêmes manœuvres pour la portion restante du corps utérin, on arrive à pratiquer peu à peu l'ablation totale de l'organe sans perdre de sang et en voyant toujours ce que l'on fait. Cette dernière assertion semble extraordinaire lorsqu'on n'a pas l'expérience du morcellement; mais elle n'en est pas moins exacte. On peut même dire que la condition première à remplir pour pratiquer le morcellement en toute sécurité, consiste à ne jamais pincer ou réséquer une portion de tissus sans avoir nettement vu la région sur laquelle on va placer ses pinces ou porter l'instrument tranchant.

Les deux artifices opératoires qui permettent d'agir de la sorte, sont d'une part, l'usage des grands écarteurs coudés et, d'autre part, la division de l'utérus en deux valves. Bien manœuvrés, les écarteurs donnent en effet au champ opératoire des dimensions inespérées, en même temps qu'ils protègent efficacement tous les organes nécessaires à respecter. Quant à la division de l'utérus en deux valves que l'on résèque isolément, elle a pour effet de faciliter l'abaissement de l'organe et de permettre le plus souvent la mobilisation des parties qui paraissaient les plus inabordables. C'est donc à cette manœuvre qu'on doit la possibilité d'extirper l'utérus en totalité, quelle que soit son élévation ou sa fixation dans le petit

bassin, et c'est par exception que l'on est parfois conduit à laisser au fond de la plaie les parties les plus élevées de l'organe, sans qu'il paraisse, du reste, en résulter aucun inconvénient sérieux au point de vue du résultat thérapeutique de l'intervention.

Dans la description qui précède, j'ai donné la marche à suivre lorsque l'utérus haut situé et solidement fixé par des adhérences paraît impossible à abaisser. Ce sont là les cas les plus difficiles; mais il est bon de leur opposer les cas plus simples dans lesquels l'utérus est resté facilement abaissable, pendant que les lésions inflammatoires ou suppuratives se sont localisées dans les annexes. Ici, on pourrait être tenté de simplifier le manuel opératoire et de renoncer au morcellement pour enlever l'utérus tout d'une pièce en assurant l'hémostase des ligaments larges avec les grandes pinces de Richelot. Ce serait une faute, et voici pourquoi : en renonçant au morcellement et au pincement par étages des ligaments larges à l'aide de petites pinces, on cesserait de procéder à ciel ouvert, et en introduisant les grandes pinces de Richelot sans les suivre du regard, on s'exposerait à ouvrir une collection purulente avant l'ablation de l'utérus. On se placerait ainsi dans les conditions les plus défavorables au point de vue de l'écoulement du pus. Or, avec le morcellement, rien de semblable n'est à craindre, les collections purulentes s'ouvrent sous les yeux de l'opérateur, le pus s'écoule dans le vagin dont l'accès lui est largement ouvert par l'ablation préalable de l'utérus, et toute effraction de liquide septique dans la cavité péritonéale se trouve dès lors évitée. Je pense donc que, dans tous les cas de suppuration péri-utérine, quel que soit l'état de l'utérus, qu'il soit petit ou volumineux, mobile ou adhérent, il faut avant tout ne rien faire sans y voir, et c'est par conséquent au morcellement qu'il faut recourir.

L'utérus étant enlevé, comment doit-on se comporter vis-à-vis des annexes ? Pour résoudre cette importante question, il convient d'envisager isolément deux éventualités principales : tantôt l'utérus est en contact immédiat avec les collections purulentes qui l'environnent, c'est au cours de l'intervention qu'elles sont ouvertes par le travail des écarteurs ; tantôt l'ablation de l'utérus s'accomplit et se termine avec ou même sans ouverture des culs-de-sacs péritonéaux, sans que le pus soit délogé des régions plus ou moins éloignées qu'il occupe. Dans le premier cas, l'hystérectomie doit constituer toute l'intervention, elle réalise l'ouverture large et le drainage parfait de tous les foyers ; il n'y a donc pas lieu de compliquer l'intervention par des tentatives d'ablation plus complète. La recherche des annexes dans les cas de ce genre serait d'ailleurs très grave, très difficile, ou même tout à fait impossible. Dans le second cas, la situation est différente ; il faut, après ablation de l'utérus,

aller à la recherche du pus, soit en crevant purement et simplement les saillies fluctuantes qui bombent sous le doigt lorsqu'on explore par le toucher la cavité résultant de l'ablation de l'utérus, soit en pratiquant l'ablation complète des annexes. Je ne puis préciser davantage. La détermination qu'il faut prendre reste affaire d'expérience et de tact. La seule règle que l'on puisse poser c'est qu'ici encore, il ne faut rien déchirer ni rien enlever sans y voir, sans quoi on s'exposerait à de véritables désastres. Sans doute, lorsque les ovaires et les trompes ne sont pas trop adhérents et cèdent à la traction des pinces sous les yeux de l'opérateur, il ne faut pas hésiter à les enlever en assurant toujours l'hémostase par la forcipressure. Mais lorsque les adhérences sont plus solides, lorsqu'on a la moindre crainte de provoquer une déchirure viscérale quelconque, il faut, je le répète, savoir se contenter, soit d'une ablation incomplète, soit de la simple ouverture des collections purulentes accessibles à l'œil et au doigt.

Telle est l'intervention dans ses traits les plus essentiels, et la conduite à suivre est en définitive simple : il faut enlever autant que possible la totalité de l'utérus, procéder par décollement juxta-utérin progressif, sans faire un temps spécial de l'ouverture des culs-de-sacs péritonéaux; se laisser guider à cet égard par la nature des lésions très variables, suivant les cas particuliers; ne jamais agir à l'aveugle; se contenter d'enlever l'utérus, lorsque les collections périutérines peuvent être largement ouvertes, soit au cours de l'intervention, soit après ablation de l'utérus; enfin, ne pratiquer l'ablation totale des annexes que lorsque cette ablation se fait aisément et sous les yeux de l'opérateur. En procédant ainsi, on se place donc dans deux conditions différentes : tantôt on enlève toutes les parties malades, utérus et annexes, et toutes les conditions d'une guérison parfaite sont dès lors réalisées; tantôt, au contraire, il s'agit d'un simple drainage du petit bassin, mais d'un drainage parfait puisque toutes les collections purulentes largement ouvertes peuvent librement déverser leur contenu dans la vaste brèche créée par l'hystérectomie. Notez enfin que toujours on réalise cette précieuse indication de supprimer l'organe qui a, dans l'immense majorité des cas, causé tous les désordres et qui peut être le point de départ de rechutes plus ou moins sérieuses chez les femmes dont on enlève simplement les trompes et les ovaires.

Pour terminer cette description opératoire, je devrais insister sur d'autres points, dire comment il convient de laisser les pinces en place pendant quarante-huit heures, de mettre une sonde à demeure jusqu'à leur ablation, montrer les avantages que donne l'application d'une vessie de glace sur l'abdomen pendant les pre-

miers jours, insister sur les irrigations vaginales antiseptiques qui doivent être commencées dès le troisième jour après l'enlèvement des lanières de gaze iodoformée placées entre les pinces à la fin de l'opération, donner entre tous les renseignements voulus sur l'hygiène des opérées et sur les soins minutieux dont on doit les entourer jusqu'à leur guérison. Mais si importants que soient ces détails de pratique, ils vous sont trop familiers pour qu'il soit nécessaire de les développer devant vous. Sans plus insister sur l'opération en elle-même, je vais donc m'efforcer de mettre en lumière les avantages qu'elle me paraît offrir sur l'ablation des annexes par laparotomie dans le traitement des suppurations péri-utérines.

Pour ne rien omettre, je devrais peut-être établir un parallèle entre l'hystérectomie vaginale et les interventions par voie sacrococcygienne ou périnéale qu'on semble vouloir préconiser depuis quelque temps à la suite de Wiedow, d'Hegar et de Otto Zuckerkandl, mais je ne possède aucune expérience personnelle sur ces méthodes opératoires nées d'hier, et je ne puis me permettre de les juger. Au surplus, et de l'aveu même de ceux qui les préconisent, leurs indications dans le traitement des suppurations pelviennes semblent singulièrement exceptionnelles, et quels que soient les enseignements que nous réserve l'avenir, je ne crois pas qu'ils soient jamais de nature à nous faire préférer les larges débridements que nécessite la périnéotomie ou la résection sacrée aux conditions vraiment si parfaites dans lesquelles nous place la laparotomie ou l'intervention par les voies naturelles. Je me bornerai donc à montrer les avantages que l'hystérectomie me paraît avoir sur la seule opération qui soit aujourd'hui classique dans le traitement des suppurations pelviennes bilatérales des annexes, j'ai nommé la laparotomie.

La castration utéro-ovarienne par voie vaginale doit être, à notre avis, préférée à la castration ovarienne par laparotomie, pour quatre raisons principales : 1° l'opération est, à nos yeux, moins grave ; 2° elle donne des guérisons plus parfaites et plus durables ; 3° elle évite tous les inconvénients d'une cicatrice suspubienne ; 4° elle ne condamne pas les opérées à porter éternellement une ceinture.

Ces deux dernières conditions n'ont pas, je le sais, une valeur de premier ordre. Les perfectionnements opératoires ont permis de réduire au minimum les diverses complications auxquelles peuvent exposer les cicatrices de laparotomie, et toutes les opérées font en général aussi bon marché de leur cicatrice suspubienne que de leur condamnation à la ceinture perpétuelle. Toutefois, on ne peut nier que la possibilité de guérir des femmes jeunes sans leur laisser aucune trace visible de l'intervention ne

soit un avantage auquel nombre de patientes attachent une sérieuse importance, et c'est à ce titre que nous l'enregistrons. Quant aux deux autres arguments que nous invoquons, gravité moindre de l'opération, guérison à la fois plus parfaite et plus durable, ils ont une portée bien autrement grande, et c'est par eux que doit, en somme, se juger le débat.

Au point de vue du pronostic opératoire, vous savez combien M. Péan est affirmatif. Sur 60 cas dont il ne donne malheureusement pas les observations, il accuse 60 succès. Quant à moi, mon expérience personnelle du traitement des suppurations périutérines par hystérectomie n'est pas encore telle que je puisse vous démontrer par des chiffres que le pronostic immédiat de ce mode d'intervention est moins grave que celui de la laparotomie. Toutefois, si vous voulez bien vous reporter aux observations que je viens de vous citer, prendre en considération les conditions particulièrement graves dans lesquelles se trouvaient les quatre malades que j'ai perdues (obs. XII, XIII, XIV, XIX) et par opposition vous souvenir que sur les 19 malades que j'ai guéries, il en était au moins trois (obs. II, VII et XX) dont la situation était désespérée, il me semble que vous reconnaîtrez le bien fondé de mon opinion sur la réelle sécurité de l'intervention.

Je sais bien qu'à cette heure le pronostic opératoire de l'ablation des annexes par laparotomie est aussi parfait que possible, et certes, lorsqu'on lit les dernières statistiques qui vous ont été communiquées, celles de MM. Pozzi et Terrillon par exemple, il semble difficile de faire mieux. Mais il ne faudrait cependant rien exagérer. Dans les cas de suppurations péri-utérines graves, toutes les interventions, y compris les laparotomies les mieux conduites, demeurent très sérieuses. Chacun de nous le sait fort bien, et s'il me fallait invoquer un témoignage à l'appui de mon assertion, je pourrais vous rappeler les sages réserves que des laparotomistes consommés comme nos collègues MM. Terrier et Bouilly n'ont pas craint d'exprimer en maintes circonstances. Or, c'est précisément dans les cas graves que l'hystérectomie manifeste le mieux sa supériorité. Il suffit d'une courte expérience pour s'en convaincre. En effet, là même où la laparotomie nécessite, comme le dit M. Bouilly « les manœuvres abdominales les plus complexes, les plus difficiles et les plus périlleuses », l'intervention par voie vaginale se contente d'enlever l'utérus, de l'énucléer pour ainsi dire au milieu des fausses membranes ou des clapiers qui l'entourent, les cavités purulentes sont ouvertes, leur drainage est merveilleusement assuré, et détail significatif, les adhérences intestinales qui font le principal péril de la laparotomie, sont respectées de parti pris.

J'insiste beaucoup sur ce dernier point. Il est de ceux qui mettent le mieux en lumière les avantages de l'hystérectomie vaginale. Il nous montre, en effet, qu'on n'a jamais à compter dans ce mode d'intervention avec les dangers qui résultent de la déchirure des adhérences. Je n'ai pas à vous rappeler qu'il en est tout autrement dans l'ablation des annexes par laparotomie, et, soit dit en passant, c'est la meilleure réponse que je puisse faire à cette objection déjà formulée parmi nous, que l'opération serait impossible en cas d'adhérences intestinales. Rien n'est plus inexact, et vous savez maintenant comment les adhérences intestinales, bien loin de contre-indiquer l'extirpation de l'utérus, peuvent, au contraire, compter parmi ses indications les plus nettes. En somme, l'analyse impartiale des faits permet d'établir de la manière suivante le parallèle que je poursuis devant vous. Dans les cas de gravité moyenne justiciables de la laparotomie sans mortalité opératoire, on peut, je crois, affirmer que le pronostic de l'intervention vaginale est au moins aussi bénin que celui de l'intervention suspubienne. Dans les cas, au contraire, où l'ablation des annexes par laparotomie exige des manœuvres périlleuses, l'hystérectomie réduit au minimum les chances de mort opératoire, tout en réalisant des conditions de guérison parfaite. Il me paraît donc légitime de conclure en disant que l'hystérectomie donne en général autant de sécurité que la laparotomie et qu'en nombre de cas elle doit être considérée comme moins grave.

Dans cette étude du pronostic opératoire immédiat de l'hystérectomie, j'ai laissé de côté la part de gravité qui peut revenir aux complications opératoires proprement dites, telles que les hémorrhagies, les perforations de la vessie ou du rectum. C'est qu'en effet la description de ces accidents, bien connus des chirurgiens, n'offre rien de spécial dans les circonstances particulières qui nous occupent. Sans doute, lorsque l'utérus est immobilisé par les adhérences, il semble que la blessure de la vessie ou du rectum soit, comme les hémorrhagies, plus difficiles à éviter que dans les circonstances habituelles où se pratique l'hystérectomie. Il n'en est rien. Pour ma part, sur un total de plus de 50 hystérectomies faites pour suppurations péri-utérines, cancers ou fibromes, j'ai observé une hémorrhagie mortelle consécutive à la mauvaise constriction d'une pince faussée dans un cas d'hystérectomie pour cancer ; une petite déchirure du rectum qui a guéri spontanément chez une autre cancéreuse ; deux déchirures du rectum et une déchirure de la vessie chez des malades dont je vous ai donné les observations (obs. V, IX et XIII). J'ai pu suturer séance tenante la petite déchirure vésicale de la malade de l'observation V, et la cicatrisation s'est rapidement faite. Quant aux deux cas de déchi-

rure du rectum, vous les connaissez ; chez les deux malades (obs. IX et XIII), je n'ai fait qu'augmenter une communication préexistante. L'une d'elles (obs. XIII) est morte de tout autre chose, et chez l'autre (obs. IX), la déchirure reste encore fistuleuse.

Pour ne rien omettre, je dois signaler enfin un cas de perforation vésicale secondaire qui s'est produit à la chute des eschares chez la malade de l'observation XXII. Ce fait est tout récent, et j'ai tout lieu d'espérer que la petite fistule se fermera spontanément. En tout cas, il me suffira d'une intervention fort simple pour en obtenir la cicatrisation. La proportion de mes accidents opératoires est, vous le voyez, assez faible, et je ne doute pas qu'il soit possible de la réduire encore. Je ne veux point nier par là les difficultés souvent très réelles de l'opération, et je tiens même à dire qu'il serait, à mon avis, très dangereux de l'entreprendre sans avoir vu faire le morcellement par des mains exercées et sans avoir soi-même une assez grande expérience de la chirurgie vaginale. Mais, encore une fois, tout chirurgien qui voudra bien suivre les règles opératoires du morcellement et s'exercer avec attention arrivera vite à se garer des complications opératoires et à procéder, en somme, avec autant de sécurité par le vagin que par le ventre. Il n'y a donc pas lieu d'insister davantage, et les complications possibles de la castration utérine ne sauraient nous influencer dans la comparaison du pronostic de l'intervention, suivant qu'elle est vaginale ou sus-pubienne.

Le dernier point qui me reste à élucider est celui-ci : est-il bien vrai que l'intervention vaginale confère une guérison plus parfaite et plus définitive que l'ablation des annexes par laparotomie ? Ici encore, et pour des raisons analogues à celles que j'ai invoquées en vous parlant du pronostic opératoire immédiat, je ne puis encore confirmer mon dire par des chiffres. Il me semble cependant que mes documents sont suffisants pour entraîner la conviction. Certes, je sais fort bien que la pyosalpingite est, comme l'a si justement dit M. Bouilly, le triomphe de la laparotomie. C'est là qu'elle trouve ses indications les plus nettes et qu'elle donne les résultats thérapeutiques les plus sûrs. Je ne conteste donc pas la qualité des guérisons que l'ablation par laparotomie des annexes suppurées donne en maintes circonstances ; bien des fois j'ai eu, comme la plupart d'entre vous, l'occasion de pratiquer avec succès cette opération. Par contre, je ne crois pas être contredit en rappelant que l'ablation des trompes et des ovaires a parfois ses revers : nombres d'opérées continuent à souffrir ; d'autres éprouvent dans la suite des accidents d'endométrite qui nécessitent un ou plusieurs curettages ; il en est enfin chez lesquelles le retour des

accidents suppuratifs exige une nouvelle laparotomie. Je ne voudrais pas abuser de votre attention en recherchant dans les nombreuses statistiques des laparotomistes les proportions exactes de ces insuccès absolus ou relatifs, d'autant que nos quelques hystérectomies ne sauraient encore affronter une comparaison numérique avec les centaines de laparotomies dont on possède maintenant le relevé; je me contente de vous remettre en mémoire la possibilité de ces quelques mécomptes que plusieurs d'entre vous ont sûrement observés, et que j'ai notés moi-même sur quelques-unes de mes opérées.

Or, quelles sont les causes qu'il faut accuser dans les cas de ce genre? Il en est, je crois, deux principales : l'ablation incomplète des parties malades, et ce fait que l'utérus est toujours laissé en place. Mais s'il est vrai qu'on peut souvent incriminer l'impossibilité de pratiquer une ablation radicale, il faut reconnaître que le vrai coupable, c'est l'utérus. N'est-ce pas lui qui est presque toujours le foyer générateur des lésions, et qui plus tard les entretient ou les ranime? Ce fait est reconnu, et dès lors il devient naturel de penser que l'hystérectomie est l'opération qui donne les meilleures garanties de guérison pour l'avenir. Il est, en effet, bien clair que toutes les complications tardives hémorrhagiques ou douloureuses relevant directement de l'endométrite peuvent être à coup sûr rayées du pronostic. Mais ce que nous tenons à bien spécifier, c'est que les lésions péri-utérines se trouvent, elles aussi, après ablation de l'utérus, dans les conditions les meilleures au point de vue de leur guérison définitive. En d'autres termes, nous pensons que la persistance des douleurs ou le retour des accidents suppuratifs s'observent bien plus rarement quand on intervient par le vagin que lorsqu'on procède par le ventre.

Le temps et l'observation prolongée des malades pourront seuls donner la complète démonstration de cette assertion. Toutefois, et sans invoquer les faits malheureusement inédits sur lesquels M. Péan base ses convictions, je crois pouvoir appeler votre attention dès maintenant sur la qualité de mes résultats personnels. Ils sont, me semble-t-il, assez probants, car si j'excepte la malade de l'observation XVII, qui souffre encore de lésions rétrorectales que je n'ai pu atteindre, les autres n'ont pas cessé de jouir d'une santé parfaite depuis l'opération, sans jamais éprouver le moindre trouble ni la moindre douleur du côté du petit bassin. Du reste, en réfléchissant un instant aux conditions particulières réalisées par l'intervention vaginale, il me semble que la supériorité de ce mode opératoire doit s'imposer à l'esprit.

Lorsque la nature des lésions permet l'ablation totale de l'utérus et des annexes, et le fait est fréquent, la perfection du résultat ne

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 42.4.91. *Le Gérant :* G. MASSON.

saurait être contestée : aucune autre opération ne peut, à coup sûr, conférer une guérison plus radicale. Quand l'étendue des lésions s'oppose à l'ablation complète des annexes, la supériorité du résultat opératoire est moins évidente, et cependant elle reste encore facile à mettre en lumière. Quel est, en effet, le reproche principal qu'on puisse lui adresser? C'est d'être incomplet; mais ce même reproche n'est-il point applicable à la laparotomie? Celle-ci expose non seulement à l'obligation de laisser dans le petit bassin des lambeaux plus ou moins importants de trompes ou d'ovaires retenus par des adhérences, elle respecte de parti pris l'utérus. Dans l'intervention vaginale, au contraire, l'utérus est avant tout supprimé. Avec lui disparaissent toutes les complications dont il peut être le point de départ. Quant aux annexes, elles ne sont enlevées que d'une manière incomplète ; souvent même, tout se borne à l'ouverture des cavités purulentes. Mais qu'importe? tous les clapiers péri-utérins sont à jour, le drainage est parfait, les liquides pathologiques s'écoulent librement, et bientôt, grâce à la suppression de l'utérus, les annexes ou ce qu'il en reste disparaissent par atrophie, et le processus cicatriciel gagne toutes les parties malades sans qu'il reste nulle part une épine quelconque susceptible de réveiller les lésions. La mort anatomique et physiologique des annexes qu'on a dû laisser est, en un mot, complète et bien plus sûre que ne peut l'être celle de l'utérus lorsqu'il reste en place après ablation des annexes, et c'est pour cela que dans les cas où l'ablation totale de l'utérus et des annexes est impossible, nous estimons qu'il est bien plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes que les annexes sans l'utérus.

Telles sont les principales raisons qui me semblent militer en faveur de l'opération préconisée par M. Péan, et qui m'ont conduit à cette conclusion que, dans la plupart des cas de suppuration péri-utérine bilatérale, on doit désormais préférer à la laparotomie l'hystérectomie vaginale, avec ou sans ablation des annexes. L'observation ultérieure nous donnera seule la solution définitive de cette importante question de pratique chirurgicale; mais j'ai pensé qu'il était dès maintenant opportun de vous communiquer les premiers résultats de ma pratique personnelle et de soumettre à votre contrôle une opération qui me paraît, je vous le répète, appelée à rendre les plus remarquables services.

Présentation de pièces.

M. Terrillon présente un utérus qu'il a enlevé en totalité par la voie vaginale, pour traiter une double salpingite d'après la méthode

proposée par M. Péan et à propos de laquelle M. Segond a fait une communication. M. Terrillon se réserve de donner avec détails cette observation dans une des prochaines séances, à propos de l'ablation de l'utérus dans le traitement des salpingites, car il a pratiqué déjà plusieurs fois cette opération avec succès.

Présentation d'instrument.

M. Polaillon présente, de la part de M. le Dr Chauveau, un *perforateur du sinus maxillaire.*

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 4 mars 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Les Transactions of the american orthopedic Association* (4e session, 1890);

3° Une lettre de M. Tuffier, qui se porte candidat à la place de membre titulaire déclarée vacante.

A propos du procès-verbal.

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. Bouilly. Dans la dernière séance, notre collègue Segond, avec son grand talent de parole et la séduction de son langage,

nous a exposé une nouvelle méthode de traitement des suppurations pelviennes empruntée à M. Péan, et dont il se fait le défenseur. Nous ne pouvons que remercier M. Segond de nous avoir fait connaître, avec des faits précis et une statistique certaine, un mode de traitement nouveau, utile en certains cas, encore peu répandu dans la pratique.

Je n'ai pas l'intention de venir faire ici la critique de cette nouvelle méthode; je ne serais pas fondé à tenter un procès de ce genre, mes objections ne pouvant être tirées de mon expérience de l'opération que je n'ai pas pratiquée; mais je désire opposer à notre collègue quelques objections de fond, tirées de mon expérience de cas analogues traités d'une autre façon.

Je suis d'accord avec M. Segond pour l'indication de cette nouvelle opération dans les circonstances suivantes : 1° salpingo-ovarites anciennes, compliquées de poussées de pelvi-péritonite à répétition avec adhérences nombreuses et solides, confusion des organes entre eux et avec les organes voisins, impossibilité de rien reconnaître au palper et au toucher, que des indurations diffuses et des épaississements solides; production de fistules purulentes dans le rectum, la vessie ou à la peau; 2° Suppurations aiguës ou chroniques, libres dans la cavité péritonéale du bassin, ayant ou non pour point de départ les annexes de l'utérus, mais ne formant plus ces poches isolées, reconnaissables, que nous savons distinguer comme une trompe ou un ovaire suppurés. Ces conditions ne représentent rien de bon pour la laparotomie; dans le premier cas, le ventre ouvert, la main ne peut rien distinguer ni rien reconnaître; elle ne doit rien enlever ni déchirer. La sagesse est de s'arrêter et de ne rien faire. Du reste, avec un peu d'habitude, on sait qu'on ne doit pas aborder de pareils cas par l'ouverture de l'abdomen, et il est juste de reconnaître qu'ils nous laissaient désarmés et impuissants. En pareille occurrence, l'ablation de l'utérus me paraît parfaitement indiquée; la large ouverture pratiquée dans le bassin par l'ablation de l'organe permet l'évacuation des infiltrations purulentes, le desséchement des fistules, et peut procurer une guérison qu'aucun autre mode de traitement ne saurait fournir. Dans le deuxième cas, de même, — suppuration intra- ou extra-péritonéale du bassin, — rien ne saurait mieux favoriser l'évacuation du pus que la large brèche faite par l'ablation de l'utérus.

Mais j'ajoute de suite que ce sont là des cas exceptionnels; je dirai tout à l'heure dans le détail des faits que, dans le cours d'une année, sur 33 cas, je n'ai guère trouvé que 3 fois une indication de ce genre.

Je m'éloigne au contraire tout à fait de M. Segond quand il nous

dit : « Les indications de cette opération existent toutes les fois qu'il y a indication de la laparotomie; dans tous ces cas, l'hystérectomie vaginale est préférable à la laparotomie. » Ce n'est rien moins alors que la substitution systématique, définitive, de l'hystérectomie vaginale à la laparotomie dans tous les cas d'affection inflammatoire des annexes ! M. Segond a soin de faire remarquer, bien entendu, que l'opération n'est applicable que si les lésions sont *bilatérales*. Il nous concède bien qu'il n'est pas bon de faire d'abord l'extirpation de l'utérus si l'on risque de trouver d'un côté des annexes en bon état. Mais pourtant la chose ne manquera pas d'arriver si l'on applique d'emblée l'hystérectomie vaginale au traitement de toutes les collections pelviennes. M. Segond est trop habitué aux examens de l'abdomen et aux surprises des laparotomies pour ne pas savoir combien fréquentes sont les difficultés d'interprétation. Il sait aussi bien que moi qu'il est facile de croire les annexes des deux côtés malades alors qu'un seul côté est pris et repousse du côté opposé l'utérus en latéro-version trompeuse; il connaît bien les cas où au lieu d'une pyo-salpingite on trouve une trompe distendue par un liquide citrin et de bon aloi, ou bien un petit kyste dermoïde ou même un petit kyste simple de l'ovaire. Certes, notre collègue ne se trompera pas en pareil cas; mais voit-on le regret d'un opérateur qui, pour une lésion de ce genre, aurait enlevé l'utérus et des annexes saines ! Et il est à craindre que pareille erreur ne se produise, si l'hystérectomie vaginale tend à se substituer partout à la laparotomie dans le traitement des affections péri-utérines.

Il me semble vraiment au contraire que la laparotomie doit être conservée pour la généralité des cas. Pour ne pas embrouiller la question de faits disparates et trop nombreux, j'ai cherché à me mettre dans les mêmes conditions où s'est placé M. Segond : comme lui, je ne rapporte qu'un certain nombre de faits limités, recueillis seulement dans le cours de l'année dernière jusqu'à ce jour, représentant la totalité des observations, telles que les hasards nous les ont présentées.

Les affections des annexes pour lesquelles je suis intervenu dans cette période sont au nombre de 33; elles se décomposent de la façon suivante :

23 pyo-salpingites ou ovarites suppurées,
2 hydro-salpingites,
2 hémato-salpingites,
3 salpingites catarrho-interstitielles avec pelvi-péritonite chronique,
3 ovarites avec péri-ovarite.

. Je ne m'occuperai que des suppurations tubaires et ovariennes. Au point de vue opératoire, ces suppurations peuvent se diviser en deux classes : les *petites* et les *grosses* collections. Par *petites* collections, j'entends les trompes ou les ovaires gros comme le pouce, comme une noix, comme un œuf, comme une mandarine, contenant de quelques gouttes à quelques cuillerées à bouche de pus, n'ayant avec le voisinage que des adhérences médiocrement solides, faciles à reconnaître et à diagnostiquer par le toucher et le palper combinés, avec ou sans chloroforme. Or, dans tous ces cas, est-il rien de plus simple que l'ablation par la laparotomie ? Avec un peu d'habitude, n'est-il pas très satisfaisant d'enlever au ras de l'utérus la totalité de la lésion par une petite incision abdominale et en une vingtaine de minutes ? Dans ce cas, n'est-il pas aussi souvent nécessaire d'avoir à détruire une adhérence avec l'épiploon, avec l'S iliaque, quelquefois avec une anse d'intestin grêle, et est-il aussi facile de pratiquer ce détachement par la voie vaginale ?

Dans ces cas de petite et moyenne collection, il n'y a vraiment rien à ouvrir, il faut enlever. La collection est peu de chose ; la poche est tout ; ses parois épaisses, ses adhérences aux organes voisins, la péritonite périphérique, constituent la vraie lésion. Or, je le répète, il n'y a pas à ouvrir, il faut enlever, et vraiment l'ablation me paraît plus simple en pareil cas par la voie abdominable que par la voie vaginale. Je n'ai même pas besoin de rappeler à M. Segond que si, le plus souvent, il est vrai, les organes malades sont adhérents dans le petit bassin, dans le cul-de-sac de Douglas ou dans son voisinage, il n'est pas exceptionnel de les trouver haut collés le long de la symphyse sacro-iliaque, bien au-dessus du fond de l'utérus, et que leur abord par le vagin ne doit pas être alors des plus simples !

Par *grosses* collections, j'entends celles dans lesquelles le pus dépasse 200 à 300 grammes ; elles vont jusqu'à un litre et un litre et demi. Entre ces limites, ces faits sont fréquents ; sur les cas que je rapporte, j'en trouve 14 de ce genre. Ces cas semblent appartenir aux indications de l'hystérectomie vaginale. Je pourrais citer l'exemple d'une malade chez qui j'ai retiré par la ponction un litre et demi de pus avant l'extirpation ; d'une autre, dont la collection s'ouvrit dans le vagin la veille de l'opération et inonda complètement la literie. La moyenne représente des poches du volume du poing à une orange, et du poids de 300 à 400 grammes. Eh bien ! dans tous ces cas, j'ai pu pratiquer l'extirpation *totale* de la poche et obtenir les meilleurs résultats par la laparotomie. Sans doute l'opération est laborieuse et demande une grande habitude de la chirurgie abdominale ; elle exige du sang-froid et de la pa-

tience; elle trouve de précieux auxiliaires dans le lavage immédiat à l'eau bouillie et dans le tamponnement iodoformé après l'ablation. Mais il me paraît difficile d'obtenir des résultats plus satisfaisants que dans ces cas, et, comme on le verra tout à l'heure, ce n'est pas après l'ablation de ces volumineuses collections que j'ai eu à déplorer quelques insuccès. En vingt à vingt-cinq jours, tout est fini, et il me paraît bien préférable d'enlever ces poches à parois épaisses, tomenteuses et irrégulières, que de les abandonner dans l'abdomen, même après dilacération aussi complète que possible par la voie vaginale.

Je n'ai rien eu à regretter de ce genre d'intervention, et je n'ai pas encore éprouvé le besoin de lui substituer un autre mode de traitement.

Sur ces 33 cas, je ne me suis vraiment posé qu'une fois l'indication de l'hystérectomie vaginale préliminaire. Il s'agissait d'une femme cachectique, ayant une collection diffuse du petit bassin, ouverte dans le rectum, faisant saillie derrière l'utérus et remontant dans l'abdomen à une limite difficile à atteindre. Si j'avais eu l'habitude de l'opération vaginale, je l'aurais pratiquée en pareil cas. J'ai fait la laparotomie, qui a permis d'évacuer une grande collection purulente, et j'ai fait un large drainage vaginal par le cul-de-sac péritonéal postérieur. La malade va bien et n'a pas eu d'accidents; il persiste une fistule donnant issue à du pus et à des matières fécales. L'hystérectomie eût-elle fait mieux? Je n'en sais rien; mais il m'a semblé qu'elle pouvait utilement s'appliquer à ce cas.

Dans un autre cas, j'ai dû laisser l'opération inachevée, les organes me paraissant collés dans le petit bassin par des adhérences tout à fait impossibles ou dangereuses à détacher. J'aurai occasion de dire plus tard, dans une autre communication, quels étonnants résultats fournissent en ces circonstances les laparotomies, qui restent exploratrices et qui deviennent curatrices.

De cette première partie de mon argumentation, je tire cette conclusion :

1° Que la laparotomie me paraît préférable pour les *petites* collections à l'hystérectomie vaginale ;

2° Qu'elle est également possible et efficace contre les *grosses* collections.

J'arrive maintenant à l'étude des arguments invoqués par M. Segond en faveur de l'hystérectomie vaginale.

Je ne puis certainement pas contester qu'il est mieux de ne pas avoir de cicatrice sur la ligne blanche et qu'il est ennuyeux de porter une ceinture abdominale. Mais y a-t-il là une raison suffisante pour abandonner la laparotomie? Avec la petite incision de

7 à 8 centimètres qu'on pratique aujourd'hui, grâce à la réunion immédiate, ces traces de l'incision sont réduites à un minimum souvent à peine visible. Grâce également à la petitesse de l'incision et à la solidité de la réunion, le port de la ceinture n'est pas indéfiniment obligatoire, et au bout de six à huit mois ou un an, quand il n'y a aucune tendance à l'affaiblissement de la cicatrice, je laisse volontiers la malade l'abandonner. M. Segond me concédera que la chose est de peu d'importance, et qu'elle ne saurait être tenue en grande considération au point de vue du mode d'intervention.

Plus importante est la question de la gravité opératoire. Pour notre collègue, l'hystérectomie vaginale est aussi bénigne dans les cas simples que la laparotomie; et dans les cas graves, elle serait moins meurtrière. Pour juger cette question d'une façon définitive, il me paraît nécessaire d'attendre des faits nouveaux et plus nombreux. Sur le total de 33 cas que j'ai pris depuis un an comme terme de comparaison avec celui de M. Segond, je n'ai eu que 4 décès. Proportion moindre que celle donnée par notre collègue qui compte 4 décès sur 23 cas. En outre, ces décès ne sont pas survenus dans les cas où il eût paru justifié d'employer l'hystérectomie vaginale; il est intéressant d'en relever les causes pour ne pas en charger le procédé opératoire.

Une malade a succombé quinze jours après la laparotomie à une broncho-pneumonie infectieuse compliquée d'un accès terrible de manie aiguë. L'opération avait été faite pour enlever des trompes atteintes de salpingite catarrho-interstitielle, avec nombreuses adhérences périsalpingées.

La deuxième malade succomba huit jours après l'opération, alors qu'elle semblait tout à fait guérie; un lavement donné à ce moment fut suivi tout à coup de phénomènes de péritonite suraigüe, et la malade succomba en trente-six heures. Au cours de l'opération, la pression de la poche purulente avait fait sourdre du pus par le rectum, et il est vraisemblable que des matières intestinales, solides ou gazeuses, ont pénétré tardivement dans le péritoine par la brèche rectale ou à travers son orifice mal cicatrisé.

La mort survint chez une troisième malade au huitième jour, par septicémie péritonéale lente; du pus s'était répandu dans le ventre au moment de l'extirpation des poches purulentes, et malgré les lavages avait déterminé l'infection du péritoine.

Enfin, le dernier cas de mort est imputable à un de ces malheurs que les précautions sembleraient devoir faire éviter d'une façon certaine et que l'on observe encore de temps en temps : une compresse avait été oubliée dans l'abdomen chez une malade opérée

d'une volumineuse hémato-salpingite, et fut le point de départ d'une septicémie foudroyante!

Aurais-je pu abaisser le taux de cette mortalité par l'ablation de l'utérus substituée à la laparotomie? J'ai peine à le croire. Si je m'en rapporte aux descriptions de MM. Péan et Segond, l'hystérectomie vaginale, faite dans ces conditions particulières, représente une opération difficile, laborieuse, pouvant exiger une heure, deux heures et même trois heures de travail. Son manuel opératoire paraît compliqué et assez obscur, et malgré toute l'habitude que je possède de l'hystérectomie vaginale normale, je n'ai pas osé me lancer dans cette difficile tentative opératoire. Du reste, je suis bien près de condamner à l'avance toute opération de ce genre dont la durée menace de dépasser une heure.

Le dernier argument de M. Segond aurait une grande valeur s'il était fondé sur des faits incontestables. D'après notre collègue, les résultats thérapeutiques définitifs seraient meilleurs après l'hystérectomie vaginale qu'après la laparotomie; les guérisons seraient plus complètes. On ne verrait plus persister ni métrorrhagies, ni écoulements muco-purulents, ni douleurs utérines ou péri-utérines. Il est bien certain qu'il ne peut plus y avoir de sécrétions utérines là où il n'y a plus d'utérus. Mais dans les cas rares où elles persistent, elles sont bien plus faciles à tarir. J'ai moi-même communiqué autre part des faits de ce genre; mais j'ai fait remarquer, et je le répète aujourd'hui, que douleurs et métrorrhagies ne se reproduisent pas après l'ablation de ces collections purulentes, et que précisément l'ablation de ces grosses collections tubaires ou ovariennes est suivie des meilleurs résultats définitifs. C'est surtout après l'ablation des ovaires à petits kystes, à lésions peu avancées, chez des nerveuses ou des hypocondriaques, qu'on voit survivre des symptômes contre lesquels la laparotomie était peut-être peu indiquée. Si l'on veut envisager le traitement de ces douleurs par la castration utérine, il s'agit alors d'un autre sujet qui ne me paraît pas appartenir à la question actuelle.

De toutes ces considérations, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes : 1° l'opération proposée par MM. Péan et Segond me paraît excellente pour réaliser l'ouverture et l'évacuation des collections péri-utérines non enkystées ou infiltrées dans les diverses parties du bassin, avec ou sans fistules dans les organes voisins; 2° elle me paraît inutile pour l'ablation de la moyenne ordinaire des cas de trompes ou d'ovaires suppurés. Elle doit rester une méthode d'*exception;* la laparotomie doit rester la méthode de *choix*. La laparotomie a cet immense avantage qu'elle permet de voir, de reconnaître la lésion et de s'arrêter à temps, si une contre-indication est reconnue au cours des manœuvres.

Comme opération préliminaire, l'incision abdominale sur la ligne blanche me paraît beaucoup plus simple que l'hystérectomie vaginale.

M. Richelot. Dans notre séance du 25 février, mon collègue Segond est venu préconiser l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations du petit bassin. Il nous a montré comment, en extirpant l'utérus par un ensemble de manœuvres qui diffère sensiblement de la même opération dirigée contre le cancer, on fait comme un vaste débridement au sein de la cavité pelvienne, on ouvre les poches purulentes qui entourent la matrice, on assure leur drainage et on favorise leur oblitération.

Je félicite M. Segond d'avoir rendu clair, positif, admissible, ce qui reposait jusqu'ici sur des assertions que personne d'entre nous n'avait contrôlées. Je le félicite de l'avoir fait dans la forme séduisante qu'il sait donner à toutes ses communications.

Maintenant, la question est de savoir dans quelle mesure nous devons nous laisser séduire.

Avant toute critique, je dirai que je ne suis pas suspect de vouloir repousser l'hystérectomie vaginale. Depuis les discussions assez vives qu'elle a soulevées à la Société de chirurgie, j'en ai poursuivi l'étude, et j'avoue que j'en suis resté partisan. Au cours de ces deux dernières années, je l'ai faite dix-huit fois sans aucune mortalité opératoire; il m'est donc bien difficile de ne pas la trouver bonne. Et puisque l'opération est bonne, je ne refuse pas d'en étendre les indications, et de l'appliquer à d'autres affections que le cancer utérin. C'est, d'ailleurs, ce que j'ai fait : j'ai utilisé l'hystérectomie vaginale contre les fibromes, les prolapsus, certaines formes de névralgies, etc. Je suis prêt à y ajouter maintenant les suppurations pelviennes.

Mais il me semble que M. Segond s'est laissé quelque peu entraîner. Ayant vu réussir l'hystérectomie vaginale dans des cas de suppurations graves où elle est bien indiquée, où nous allons presque tous tomber d'accord sur ses mérites, il n'hésite pas à la conseiller et à la faire dans d'autres cas; il l'étend même à des affections bénignes. Car il ne faut pas s'y tromper : notre collègue est venu nous parler du « traitement des suppurations pelviennes », mais il est aisé de découvrir sa pensée de derrière la tête; sa tendance visible est de substituer d'une façon générale — en cas de lésions bilatérales — la castration utérine à la castration ovarienne. Examinons ses arguments.

Il s'est placé au double point de vue de la mortalité opératoire et de l'efficacité curative. Quant à la mortalité, il annonce quatre insuccès sur vingt-trois opérations. N'est-ce pas, à peu près, la

mortalité que donne la pyo-salpingite traitée par la laparotomie? Les statistiques varient quelque peu : on a 2 ou 3 morts sur 25, 30 ou 40 opérées, suivant qu'on a rencontré par hasard des cas plus ou moins complexes, des femmes plus ou moins épuisées. La proportion arithmétique n'est pas toujours la même; cliniquement, nous sommes tous logés à la même enseigne. Pour ma part, sur 167 laparotomies que j'ai faites depuis deux ans pour lésions des annexes, hormis les grands kystes ovariens, j'ai eu 30 pyosalpinx, qui m'ont donné 4 décès.

M. Segond me dira-t-il que ses quatre cas étaient d'une gravité exceptionnelle : lésions étendues, femmes obèses, maigres, cachectiques? Je répondrai : nous aussi, nous ne perdons nos malades que dans ces mauvaises conditions. Dira-t-il que l'avenir doit améliorer sa statistique? Je ne le crois pas; car son premier échec est survenu à sa douzième opération, et certes, il n'était pas alors plus maladroit qu'à son début. Prétendra-t-il qu'il y a des statistiques sans mortalité? Ici, je l'affirme : il n'y a pas de statistiques sans mortalité. Et croyez bien que je ne le dis pas à la légère. Je causais dernièrement avec un médecin fort distingué qui exerce à Paris, et qui connaît, *de visu* et *de tactu*, les opérations dont il s'agit. Ce confrère me parlait ainsi : « Il y a des malades qui meurent de l'opération; il y en a d'autres qui ne guérissent pas. » Ces dernières continuent à souffrir, elles ont des tiraillements, des congestions, des poussées nouvelles de pelvi-péritonite, et cela parce qu'elles ont conservé des lambeaux de trompes déchirées, des fragments d'ovaires accolés à l'enceinte pelvienne, des adhérences intestinales.

M. Segond exagère, à mon avis, quand il dit qu'après la castration utérine les malades sont plus sûrement et plus radicalement guéries, parce que les annexes s'atrophient toujours; je viens de montrer qu'il y a des guérisons incomplètes. Il exagère aussi quand il prétend qu'après la castration ovarienne il est fréquent de voir l'utérus rester en activité et nous obliger à un traitement consécutif, à un curage complémentaire. Il est vrai que si on traite par une castration mal indiquée une métrite fongueuse, par exemple, qui d'emblée eût guéri par le curage, tantôt la métrite s'améliore, tantôt la lésion utérine résiste et vous oblige à la traiter pour son compte. Mais, dans les pyo-salpingites, l'utérus est presque toujours au second plan, et l'extirpation totale des poches purulentes amène une guérison parfaite.

Je ne voudrais pas revenir longuement sur un argument d'ordre secondaire qu'a fait valoir M. Segond, la cicatrice abdominale. En vérité, il ne nous arrive guère d'opérer des pyo-salpingites chez les jeunes filles à marier. En général, il s'agit de malades

ayant eu des enfants, déformées et ne tenant guère à la beauté de leur ventre. Et même dans des cas plus simples et chez des jeunes femmes, jamais, je le déclare, je n'ai rencontré de ce chef la moindre résistance. J'en ai beaucoup vu et questionné sur leur cicatrice, plusieurs mois après mon intervention; aucune ne se trouve dépréciée par l'existence de ce léger défaut, par cette ligne de quelques centimètres, — nous parlons des ablations d'annexes, — à peine visible au bout d'une année si la suture a été bien faite.

J'ai l'air d'attaquer, en ce moment, l'opération que M. Segond nous a recommandée. Est-ce à dire que je la condamne? Encore une fois, je n'y songe pas. Mais je pense qu'il faut faire des catégories et préciser les indications.

1° Dans un premier ordre de faits, je range les poches purulentes multiples, avec des plastrons durs, un magma d'adhérences intestinales au milieu duquel, après l'ouverture du ventre, il est difficile et dangereux de manœuvrer. Souvent, alors, on ne trouve pas les annexes, ou bien on les arrache par lambeaux après avoir fait de grands dégâts à travers ce *processus fibreux* qui s'étend à l'ensemble du petit bassin, enclave l'utérus et forme autour de lui comme un dôme d'adhérences qui le sépare de la grande cavité abdominale. C'est alors que la laparotomie est périlleuse, ne mène souvent qu'à une opération incomplète, à un drainage insuffisant et au choc traumatique. En pareil cas, faites l'hystérectomie vaginale par le procédé que nous a si bien décrit M. Segond, ouvrez par ce grand trou l'éponge purulente qui remplit la cavité pelvienne, faites ce « drainage idéal »; voilà, si je ne me trompe, la véritable indication de la méthode. Nous étions depuis quelque temps, sur ce chapitre, dans une période d'hésitation et de recherche; M. Segond nous a donné le *coup de pouce* qui va nous déterminer.

2° A l'extrême opposé, plaçons les cas plus légers, annexes peu malades, trompes épaisses ou hydrosalpinx, adhérences faciles à rompre. Alors, pourquoi l'hystérectomie vaginale? La laparotomie est toujours simple et heureuse. Elle n'a qu'un tort, c'est d'être devenue presque banale; l'hystérectomie, au contraire, a eu jusqu'ici, aura toujours quelque chose de plus mystérieux, de moins accessible. S'il y a des chirurgiens — et M. Segond n'en est pas — qui cherchent quelquefois « l'opération à faire » pour étonner leurs spectateurs, ils choisiront naturellement cette dernière.

Je reconnais, dans cette catégorie, certains cas particuliers. J'ai eu dans le service de Terrier, à l'hôpital Bichat, une malade qui avait déjà subi plusieurs opérations, curage utérin, raccourcissement des ligaments ronds, pour des douleurs pelviennes incessantes, et

qui souffrait toujours. Elle n'avait ni métrite, ni déviation, ni lésion appréciable des annexes, et sa douleur n'avait aucune localisation précise. Après avoir hésité, réfléchi, il me sembla que la castration ovarienne pourrait être insuffisante contre cette névralgie pelvienne *sine materia*, et je résolus d'enlever l'utérus et les annexes par la voie vaginale. L'opération réussit à souhait; les organes étaient sains et mobiles; la malade, remise sur pieds, presque sans douleurs, resta nerveuse pendant quelques mois; puis toute souffrance disparut, elle retourna dans son pays, et tout récemment elle m'écrivait pour me dire que sa santé était parfaite et me demander la permission de se marier. J'ai publié l'observation en 1889.

Voilà un fait, après tout, bien exceptionnel. En général, nous enlevons des ovaires et des trompes nettement altérés; et la laparotomie est, en pareil cas, l'intervention la plus simple et entraînant la moindre somme de dangers.

3° Restent les cas de moyenne intensité : double salpingite purulente, sans gros plastrons ni adhérences rebelles. Ici encore la laparotomie nous donne les plus beaux résultats, avec les avantages d'une extirpation totale assurée. Que dites-vous pour ces cas-là? Vous recommandez d'enlever les annexes par la voie vaginale, si faire se peut, mais de ne rien tenter à l'aveugle, de ne pas tirer sur les adhérences au risque de déchirer l'intestin. Si quelque chose résiste, il faut ouvrir simplement et drainer. Vous faites alors une opération incomplète, vous êtes inférieur à nous.

Il y a là une question fort délicate, celle du diagnostic. Si, après l'incision sus-pubienne, je tombe sur une collection tubaire tellement adhérente que je me vois forcé de la laisser dans le ventre et de la suturer à la paroi, je suis prêt à reconnaître qu'il aurait mieux valu enlever l'utérus et drainer par en bas. Or, prévoir le degré des adhérences et les difficultés de l'ablation totale est souvent chose difficile, rarement impossible; ce diagnostic, il faut nous ingénier à le faire, nous le faisons bien souvent, et il nous arrive couramment aujourd'hui d'aborder sans grandes appréhensions, après un diagnostic attentif, des ablations totales de pyosalpinx après lesquelles nos malades ne périclitent pas un instant.

Ce n'est pas seulement dans les salpingites purulentes que nous avons reconnu les avantages d'une extirpation complète. Il y a une question voisine, dans laquelle je ne veux pas entrer, celle des hématocèles pelviennes. Là aussi, on discute l'incision vaginale, la laparotomie, le simple drainage, l'extirpation. J'ai adopté cette dernière, et je pourrais vous citer une série de dix hématocèles pelviennes opérées depuis deux ans, dans lesquelles j'ai fait la grande laparotomie, l'ablation des caillots à pleines

mains et, de plus, l'extirpation des annexes qui sont l'origine du sang épanché, ovaires en lambeaux, trompes dilatées et flexueuses, crevées dans le péritoine. Toutes sont parfaitement guéries. Rappelez-vous, au contraire, le pronostic médiocre des hématocèles simplement ponctionnées, ces poches longtemps fistuleuses, ces tumeurs fibrineuses éternellement dures, avec des pesanteurs, des congestions et des poussées de pelvi-péritonite.

L'avantage des opérations complètes me paraît tel que j'adopterais volontiers la formule suivante : il faut tout sacrifier, sauf la vie de la femme, à l'extirpation totale des lésions.

Telle est, messieurs, mon opinion actuelle. Je dis actuelle, parce que j'estime que, dans notre art, il faut savoir changer d'opinion; ne disons jamais : « Fontaine, je ne boirai pas de ton eau. » Et je me plais à reconnaître que mon ami Segond est de ceux qui savent, à l'occasion, entraîner les gens à venir boire à leur fontaine.

M. Bazy. Dans sa communication, notre confrère Segond a repris une question importante, celle du meilleur traitement des suppurations pelviennes. Après le promoteur de cette méthode de traitement, il s'est déclaré partisan résolu de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de ces suppurations.

Cette idée d'enlever l'utérus pour ouvrir et drainer parfaitement les abcès par leur partie déclive n'est assurément pas banale; mais, pour satisfaire pleinement l'esprit, elle doit, à mon avis, réaliser une condition importante, celle d'être le seul mode applicable au mal que l'on doit traiter. En effet, cette opération supprimant à tout jamais la fonction génératrice, on n'a le droit de l'employer que si cette fonction est déjà détruite par le mal, ou si, cette destruction n'étant pas supposée complète, les accidents sont tellement urgents qu'ils commandent l'intervention. Ici le salut de la femme prime tout, et c'est lui qu'il faut primitivement viser.

Laissant de côté les cas de septicémie puerpérale où l'ablation de l'utérus a pu être proposée comme dernière ressource, on peut dire qu'il y a deux catégories de faits qui, jusqu'ici, sont justiciables de cette intervention :

1° Les cas de suppuration bilatérale, à marche plus ou moins rapide, avec phénomènes graves, devant ou paraissant amener la mort à bref délai.

Ici, quelle que soit la date des lésions, que les annexes soient ou non supposées détruites ou perdues pour la fonction, peu importe; l'opération paraît de mise et semble devoir être de beaucoup préférée à la laparotomie. C'est là, on peut le dire, le triomphe de la méthode, et on a pu de cette manière sauver des femmes qui

semblaient impuissantes à supporter une laparotomie et qui ont merveilleusement supporté cette opération.

2° Les cas où les lésions sont de date ancienne, suppuratives probablement; ne s'accompagnant pas de phénomènes généraux graves, permettant la réflexion en un mot.

Dans cette deuxième catégorie, avant d'opérer, il est important d'établir un diagnostic précis et absolument précis, d'avoir établi qu'on a affaire à des lésions bilatérales et non unilatérales, à des lésions qui, si elles sont bilatérales, seraient difficilement enlevées par la laparotomie, et non à des lésions dont l'ablation est extrêmement simple, comme cela a lieu pour les trompes et les ovaires kystiques. Il faut, en outre, avoir établi que la fonction est irrémédiablement perdue.

L'hystérectomie vaginale supprime définitivement la fonction, que la laparotomie permet quelquefois de conserver.

Je vais même plus loin, et je dis que l'on peut quelquefois guérir des lésions, en apparence graves, des annexes par des opérations simples ou des traitements anodins portant sur l'utérus seul, et conserver la fonction à des femmes qui semblaient, de par leurs lésions, vouées à la castration. M. Segond citait le cas de M. Terrier (ouverture d'abcès pelviens par la laparotomie ; grossesse ultérieure). Je rappellerai les cas que M. Trélat a rapportés ici à l'occasion de la discussion sur le curettage utérin : j'en ai moi-même observé deux très nets, qui avaient trait à des femmes que je me proposais de laparotomiser, et cependant je ne suis pas, tant s'en faut, un laparotomiste à outrance. J'ai un cas de grossesse rendue possible après un curettage chez une femme mariée depuis dix ans, et à qui un autre confrère, peu porté, du moins dans ses écrits, à faire la laparotomie, voulait enlever les ovaires. Je connais un cas de grossesse survenue chez une jeune femme qui, à la suite d'un premier accouchement malheureux, avait eu des accidents graves. Au moment où je l'avais examinée, un an après son accouchement, elle avait dans le pelvis des lésions qui me semblaient ne laisser aucun doute sur la nécessité ultérieure d'une laparotomie.

J'insiste sur ces faits parce qu'il me semble périlleux de laisser s'accréditer cette idée que cette nouvelle opération doit être substituée à l'ancienne. Assurément telle n'est pas, au fond, je crois, la pensée de notre ami Segond ; mais le parallèle qu'il a établi entre la laparotomie et l'opération vaginale semblerait le faire croire. Ces arguments, tirés de l'existence d'une cicatrice et de la nécessité du port d'une ceinture, sembleraient indiquer que ce parallèle est au moins poussé un peu loin.

De plus, je connais des cas où cette opération a été proposée,

et l'événement a montré qu'elle était absolument inutile. Je n'insiste pas.

Par conséquent, ce n'est que quand le diagnostic sera suffisamment précis, qu'il sera bien démontré ou du moins qu'on aura toute espèce de raisons de croire que la fonction génératrice est abolie, et qu'en outre les lésions sont telles qu'une laparotomie serait grave, ce n'est, dis-je, que dans ces conditions qu'on sera, à mon avis, autorisé à faire l'hystérectomie vaginale.

Cette critique que je viens de faire de l'opération vous paraîtra d'autant moins suspecte que je vais donner une indication de l'opération dont n'ont pas parlé ceux de mes collègues qui m'ont précédé, indication à laquelle j'ai obéi dans un cas que j'ai opéré le 16 février ; c'est donc il y a seize jours : cette indication est tirée de l'existence d'un orifice fistuleux ou d'un abcès ouvert dans le vagin, qu'il y ait ou non des collections autour de l'utérus.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler les critiques, mal fondées à mon avis, auxquelles a été en butte le travail de mon maître M. Bouilly, quand il est venu préconiser l'incision par le vagin de certaines collections bien limitées, unilatérales, uniques, etc.

Entre autres arguments contre l'opération, on a invoqué la persistance d'un orifice fistuleux et une suppuration interminable. Je pense donc que ceux qui ont apporté ici cet argument ne me contrediront pas. Mais je vais cependant plus loin, et je pense qu'en pareille circonstance il faut, pour être autorisé à pratiquer l'opération, qu'on se trouve en présence de lésions anciennes et justifiant par elles-mêmes une opération, que ces lésions soient, je le répète, suppuratives ou non suppuratives.

C'est ce qui avait lieu chez la malade dont je vais vous rapporter brièvement l'observation, que j'ai opérée il y a quinze jours, et qui est actuellement guérie, car elle se lève depuis hier.

Mme X..., 22 ans, pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 12 ans, et toujours régulièrement réglée. A 15 ans, elle subit un traumatisme à la suite duquel elle éprouve de grandes douleurs dans l'abdomen et est prise de vomissements; elle avait aussi de la diarrhée et de l'incontinence des matières fécales.

Pendant 18 mois elle ressent souvent dans le ventre des douleurs qui la forcent à s'aliter pendant 15 jours. A partir de l'âge de 17 ans, elle se fatigue beaucoup de toutes façons, prenant des bains froids au moment de ses règles, une fois se mettant des morceaux de glace dans le vagin pour arrêter ses règles et pouvoir s'amuser.

Il y a trois ans, crise très violente, douleurs excessives, ventre ballonné, vomissements verdâtres.

Il y a deux ans, nouvelle crise encore plus violente que la première et qui l'oblige à passer trois mois au lit : on la crut perdue, paraît-il,

à ce moment; deux chirurgiens appelés parlèrent de lui ouvrir le ventre. Dès ce moment le côté gauche, qui était à ce moment le plus douloureux, le devint davantage, et continuellement des écoulements sanguinolents précédés de coliques se montrèrent irrégulièrement dans l'intervalle des règles.

Il y a quatre mois, elle eut une sciatique droite qui guérit par le siphonage.

Depuis trois mois surtout, les douleurs devenaient de plus en plus vives, empêchaient la marche et la station debout; toute pression, tout contact, deviennent douloureux et impossibles.

Elle est obligée de s'aliter complètement dans les derniers jours de janvier. Les douleurs redoublent; la défécation et la miction sont douloureuses; il existe des douleurs lancinantes dans tout le bas-ventre, avec irradiations dans les cuisses, surtout du côté gauche; élancements dans le vagin; quelques frissons de temps en temps.

Elle est vue le 5 février par le Dr Despaigne, qui constate dans le cul-de-sac latéral et postérieur une tuméfaction du volume d'une orange, douloureuse, molle, et qu'il ouvre avec le doigt. Il sort un flot de pus blanc crémeux, sans odeur. On fait faire des injections au sublimé, et je vois la malade en consultation le 10 février.

Je constate le fait suivant :

Utérus gros, col allongé, et à 3 centimètres et demi environ de la vulve; à l'hystéromètre, 9 centimètres et demi, allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale.

L'utérus est immobile ou à peu près; les tentatives de mobilisation sont très douloureuses et inefficaces.

Dans le cul-de-sac postérieur et du côté droit, on sent et on voit l'orifice par lequel sort du pus.

Écoulement muco-purulent par l'orifice utérin. Dans le cul-de-sac latéral gauche, empiétant sur le cul-de-sac postérieur, on sent une tuméfaction du volume d'une orange, un peu tendue mais fluctuante, douloureuse surtout par la palpation bimanuelle.

Appétit très réduit. Faiblesse assez marquée.

L'indication d'une laparotomie s'imposait. Étant donnée l'ancienneté des lésions, étant données la gravité et la répétition des accidents aigus, il était à supposer que les trompes et les ovaires étaient bien compromis dans leurs fonctions et devaient être inutiles. Dans ces conditions l'utérus ne l'était pas moins. Mais l'existence d'un orifice fistuleux dans le vagin me fit penser que la laparotomie se présentait dans des conditions moins favorables que l'hystérectomie vaginale, et c'est pourquoi je la fis.

Opération le 16 février avec l'aide de mes élèves, MM. Mauguin et Lafourcade, internes des hôpitaux. M. le Dr Despaigne donne le chloroforme. Décubitus dorso-sacré. Vulve rasée. Vagin désinfecté au sublimé. Deux écarteurs larges sont placés en avant et en arrière. Abaissement très difficile. Vulve très étroite. Incision du cul-de-sac antérieur, décollement de l'utérus et de la vessie, d'autant plus pénible qu'ils sont adhérents l'un à l'autre. Incision du cul-de-sac postérieur en passant par l'orifice fistuleux.

Je sectionne le ligament large droit en plaçant trois pinces.

Incision du ligament large gauche après ouverture préalable de la collection séro-purulente qu'il contenait. Je puis alors placer une longue pince hémostatique et détacher complètement l'utérus.

Le doigt introduit me fait constater sur la face antérieure du rectum l'existence d'un corps arrondi que je prends pour l'ovaire, ramolli, friable, et que je puis dilacérer très facilement avec le doigt.

Dans l'angle supérieur du ligament large droit, je constate l'existence d'une petite masse dure, que l'on pourrait prendre pour la corne utérine, et qui paraît n'être que la trompe sclérosée et augmentée de volume.

Lavages boriqués à grande eau, tampons iodoformés; sonde à demeure. J'enlève les pinces après quarante-huit heures.

Le soir du deuxième jour, poussée d'irritation péritonéale causée par des imprudences de la malade.

Glace et collodion sur le ventre. Tout se calme au bout de deux jours.

Actuellement (4 mars 1891), la malade est guérie; elle se lève depuis hier.

Ainsi, pour moi, les indications de l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes seraient les cas graves, rebelles, compromettant la vie des malades, ceux chez lesquels l'état général est tel que la laparotomie paraît une opération redoutable, et ceux dans lesquels, les lésions étant d'ailleurs anciennes et indiquant la laparotomie, il existe un ou des orifices fistuleux dans le vagin.

Quant aux lésions suppuratives même anciennes, sans nier que la laparotomie puisse être dans ces conditions une opération grave, il n'est pas un de nous qui ne puisse citer un nombre plus ou moins important d'opérations guéries de cette manière et ne puisse apporter une statistique favorable à cette méthode.

Le drainage fait soit avec le drain, soit d'après le procédé de Mikulicz, qui est celui que je préfère, permet la guérison facilement.

Pour substituer l'hystérectomie vaginale à la laparotomie dans ces conditions, il faudrait démontrer que celle-ci est plus bénigne. Or, M. Segond accuse dans sa statistique 4 morts sur 23, ce qui équivaut à un peu plus de 17 0/0. Cette statistique s'améliorera peut-être; mais quand on réfléchit que ce sont les onzième et douzième opérations qui se sont ainsi terminées fatalement, on se prend à penser que ce n'est pas le résultat du défaut d'habitude.

Il n'est donc pas prouvé que l'opération soit supérieure à ce point de vue. Le promoteur de la méthode n'a cité que des succès, mais ses observations, comme l'a fait observer Segond, n'ont pas été

publiées, et ses objections contre l'autre méthode, la laparotomie, sont plus théoriques que pratiques ; et quand je considère qu'il dit, et notre collègue Segond le répète avec lui, que l'on peut par cette voie enlever les annexes après avoir enlevé l'utérus, je me demande si ces annexes n'étaient pas suffisamment saines et s'ils n'auraient pas pu et peut-être dû les conserver en même temps que l'utérus, et dans tous les cas si l'opération par la laparotomie n'eût pas été infiniment plus simple.

Assurément, comme on l'a écrit, « il serait puéril, en présence de suppurations graves de l'utérus et de ses annexes, de se laisser arrêter par des considérations philosophiques sur la fonction de ces organes. » Mais ces considérations, non plus philosophiques, mais pratiques, sont de mise, quand ces suppurations ne sont pas graves, et qu'on voit écrire la phrase suivante: « Existe-t-il un foyer dans le péritoine de ce ligament large, l'ablation de l'utérus suffit à l'évacuation complète du foyer purulent qui se comblera rapidement quelle (*sic*) grande que soit son étendue, grâce aux drainages et aux antiseptiques. »

Ce qui m'a frappé dans les objections faites à la laparotomie, c'est qu'on y parle de cicatrice visible et de nécessité de port ultérieur d'un ceinture. A supposer que ces objections eussent de la valeur, est-ce qu'elles devraient être même citées, quand il s'agit de la vie des malades ? On veut réserver cette nouvelle opération aux suppurations graves, menaçant la vie des malades, et l'on vient nous dire que cela évite des cicatrices et le port ultérieur d'une ceinture ; cette objection serait bonne uniquement à nous faire penser que l'on ne réserve pas cette opération aux cas réellement sérieux.

Une cicatrice peut être mal vue dans certains milieux, mais sérieusement l'objection ne peut avoir de valeur. Quant au port d'une ceinture, il faut que réellement les sutures aient été bien mal faites pour qu'elle soit nécessaire. Pour mon compte, je n'en fais pas porter à mes opérées, qu'elles aient été ou non drainées, leur cicatrice est suffisamment solide. Les autres objections sont plus sérieuses.

On a parlé de récidives et de persistance des douleurs, mais ce sont là des exceptions; et ne vaudrait-il pas mieux être exposé à faire une nouvelle opération qu'à regretter d'en avoir fait une trop radicale ? L'ostéomyélite est une maladie à rechutes : proposera-t-on d'emblée l'amputation du membre sous prétexte que le mal peut revenir. Mais si on cite les exceptions d'un côté, on a le droit de les citer de l'autre et de signaler les cas dans lesquels on n'a pas eu à toucher aux annexes, malgré des suppurations pelviennes, ou bien ceux dans lesquels on a pu laisser des annexes saines.

Quant à la persistance des phénomènes douloureux, on nous dit qu'on ne l'observe pas dans le cas d'hystérectomie vaginale : mais les observations ne sont pas suivies depuis assez longtemps pour qu'on puisse l'affirmer.

En résumé, l'opération proposée ne me paraît convenir qu'aux cas graves, dont la laparotomie semblerait ne pouvoir pas être faite, et aux cas dans lesquels il existe des lésions anciennes suppurées ou non, avec ouverture fistuleuse dans le vagin. Il me semblerait dangereux de ne point fixer brièvement les indications, de faire croire que c'est là une panacée universelle, et d'encourager par là nos confrères à pratiquer cette opération, après tout dangereuse, dans des cas où elle n'aurait que faire.

Lecture.

M. le Dr Boiffin lit trois observations relatives à des *opérations pratiquées sur le tube intestinal* (commission : MM. Richelot, Kirmisson, Terrillon, rapporteur).

Présentation de malade.

M. Th. Anger présente une petite malade à qui il a fait subir l'*opération de la crâniectomie.* L'opérée, peu développée et à peu près idiote, a été améliorée par l'intervention chirurgicale.

Présentation de pièce.

M. le Dr Picqué présente une pièce de *grossesse extra-utérine* (M. Périer, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secréatire annuel,
G. Richelot.

Séance du 11 mars 1891.

Présidence de M. TERRIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Deux lettres de MM. QUÉNU et BRUN, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

A propos du procès-verbal.

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. TERRILLON. Avant de discuter l'opportunité de l'opération proposée par M. Péan pour traiter les suppurations pelviennes, opération que M. Segond, dans sa dernière communication, désigne ainsi : *Ablation de l'utérus pour le traitement des suppurations pelviennes*, je commencerai par déclarer que je l'ai déjà pratiquée quatre fois. Sans avoir une longue expérience de cette intervention, je crois cependant pouvoir dire ce que j'en pense.

Mais avant d'entrer dans les détails de ces observations et d'en tirer les conclusions pratiques, je demande à expliquer comment je suis arrivé à essayer ce mode de traitement pour les salpingites suppurées.

J'avais déjà pratiqué, dans mon service, à la Salpêtrière, plus de cent ablations des trompes et des ovaires. Dans ce nombre, plus de quarante cas avaient trait à des suppurations plus ou moins volumineuses ou plus ou moins anciennes de ces organes.

Les succès ont été presque constants, et j'ai obtenu des guérisons rapides dans la plupart de ces laparotomies. Tantôt j'ai pu enlever les cavités purulentes sans les rompre, tantôt ces poches se sont

rompues dans le péritoine, et cependant, grâce à un lavage soigneux et au drainage, les malades ont guéri. Je me suis déjà, en plusieurs endroits, étendu sur ces faits, et notamment dans un travail récent intitulé : *Ovarites et salpingites.*

Malheureusement, il faut bien aussi mentionner quelques insuccès : quatre, entre autres, m'ont particulièrement frappé et méritent que je m'y arrête un instant.

Dans les deux premiers cas, il s'agissait de salpingites purulentes épaisses, volumineuses, adhérentes à l'intestin. Au cours de l'opération, je dus séparer ces anses intestinales situées en avant de la tumeur et l'entourant de toutes parts. La décortication se fit sans dommages considérables et sans perforation immédiate; mais, après vingt-quatre heures, les malades étaient atteintes de péritonite par perforation secondaire de l'intestin et épanchement de matières fécales dans le péritoine vérifié à l'autopsie.

Ces faits m'avaient beaucoup frappé : ils prouvaient en effet que, malgré des précautions spéciales pour la séparation de l'intestin, des accidents graves et inattendus peuvent survenir.

Deux autres cas malheureux m'ont également prouvé que l'ablation par la laparotomie de certaines suppurations des annexes et surtout des suppurations de l'ovaire pouvait devenir dangereuse dans certaines circonstances.

Il s'agissait d'abcès de l'ovaire profondément placés dans le bassin, déprimant le rectum ou le vagin et ayant pris avec ces organes des adhérences indélébiles. On peut alors, comme je l'ai fait dans les deux cas auxquels je fais allusion, enlever la trompe et une partie de l'ovaire suppuré; mais la plupart du temps, on est obligé d'abandonner au fond du bassin le reste de l'organe malade. Les efforts qu'on fait pour enlever ces lambeaux sont inutiles et on a ainsi, malgré le nettoyage parfait qu'on s'efforce d'opérer, une cause d'infection rapide. C'est de cette façon que j'ai perdu mes deux malades.

Enfin, il arrive quelquefois que des suppurations de ces organes, devenues fistuleuses du côté du vagin ou du rectum, ne peuvent être enlevées par la laparotomie. C'est ce qui m'arriva dans deux occasions où je ne pus que constater mon impuissance. Aucune parcelle du foyer situé entre le rectum et l'utérus n'avait pu être enlevée.

Chez une de mes malades, après cette tentative par la voie péritonéale, j'ai essayé sans succès d'ouvrir l'abcès et de le drainer par la voie rectale.

Or, je suis persuadé que l'ablation de l'utérus aurait ouvert ces cavités purulentes fistuleuses et aurait permis de les traiter effica-

cement, en les mettant largement en communication avec le vagin.

J'étais donc fort perplexe après ces insuccès, lorsque la communication de M. Péan au congrès de Berlin me montra qu'une opération radicale telle que l'ablation de l'utérus par le vagin permettait de traiter avec succès ces cas difficiles et dangereux.

J'étudiai donc la méthode et, sachant que mon ancien élève et ami le Dr Segond expérimentait aussi ce procédé nouveau, je lui demandai d'assister à une de ses opérations. J'ai eu deux fois cette occasion, en particulier pour une malade que j'avais moi-même confiée à M. Segond.

Je cherchais donc à mettre cette méthode en pratique et n'eus pas longtemps à attendre : la consultation de la Salpêtrière est en effet particulièrement riche en maladies des organes génitaux de la femme; celles-ci y viennent en grand nombre, sachant sans doute qu'on les guérit assez généralement des affections dont elles souffrent.

J'ai donc pu, depuis le 21 février jusqu'à ce jour, opérer quatre malades rentrant dans le cadre et les indications de cette opération. Trois de ces malades peuvent être considérées comme guéries sans accidents. La quatrième est opérée de ce matin. Je me contenterai donc de donner les détails de cette dernière opération.

Obs. I. — Mme A..., âgée de 49 ans, a eu un enfant à l'âge de 25 ans. Trois semaines après son accouchement, qui n'avait rien présenté de particulier, elle fut prise de douleurs vives dans le côté gauche du bas-ventre. En même temps, elle avait des pertes assez abondantes de couleur jaunâtre, puis laiteuse; celles-ci ont persisté, disparaissant sous l'influence de certaines médications, puis réapparaissant.

Depuis deux ans et demi, tous ces symptômes semblaient cependant s'amender, et sauf des règles un peu irrégulières et abondantes, sauf quelques douleurs, l'état général était bon, quand il y a trois mois, à la suite d'une fatigue, cette malade dut prendre le lit. Elle souffrait violemment du ventre, qui était tendu, ballonné, avec des nausées et une fièvre intense. Les choses allèrent ainsi pendant douze jours, puis, quoique améliorée, elle entra à l'hôpital.

Quand je l'examinai, je trouvai une femme très amaigrie, faible, mais ne souffrant plus guère et ne présentant que peu de signes fonctionnels. Les règles n'étaient pas revenues depuis quatre mois.

Le palper abdominal révèle à l'hypogastre une tumeur volumineuse, bosselée, remontant à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse. Par le toucher, on perçoit un col assez gros, ramolli, peu dilaté. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent une masse irrégulière qui fait partie du corps ; plus à gauche, une poche volumineuse fluctuante qu'on retrouve dans le cul-de-sac latéral gauche et qui paraît être en connexion intime avec l'utérus. En résumé, il existe manifestement à gauche une poche fluctuante accolée à l'utérus. Enfin, sur la paroi

antérieure de cet organe est fixé un fibrome pédiculé mobile, bosselé, du volume d'une petite mandarine.

L'opération a lieu le 9 février 1891.

Une ponction pratiquée dans le cul-de-sac gauche donne issue à plus de 150 grammes de pus. On procède alors à l'hystérectomie vaginale. Une incision circulaire est faite sur le col, puis le décollement du vagin est poussé jusqu'à 7 ou 8 centimètres en avant et en arrière. Ni le péritoine, ni la poche salpingienne ne sont ouverts.

L'ablation de l'utérus est bientôt complète. En la terminant, j'ouvre le péritoine ainsi que la poche située à gauche ; on voit alors les parois de celle-ci épaisses, friables, recouverte d'une couche caséeuse. Quelques fragments sont extirpés.

Enfin, après un lavage au sublimé et à l'eau phéniquée forte, l'opération est terminée par un tamponnement à la gaze iodoformée. Une seule pince reste dans la plaie.

Celle-ci fut enlevée après vingt-quatre heures.

Les suites de l'opération furent parfaites sans aucune élévation de température, et le 10 mars la malade semble guérie.

Obs. II. — Mme R..., âgée de 33 ans, réglée à 16 ans, n'a eu ni enfants, ni fausses couches. Il y a sept ans, sans aucun antécédent pathologique et sans aucun désordre antérieur de la menstruation, elle fut prise de douleurs dans le bas-ventre, accompagnées de pertes blanches et de quelques métrorrhagies. Cet état persista un an environ, puis s'amenda légèrement.

Depuis le mois de décembre 1890, les souffrances sont devenues plus vives, la santé générale de la malade s'est altérée et celle-ci entre à l'hôpital le 19 février 1891.

A ce moment, outre les douleurs exagérées par la miction et la défécation, elle présente des troubles digestifs notables, de la dyspepsie flatulente, des vomissements fréquents.

Le toucher vaginal donne la sensation d'un utérus immobilisé, enclavé et refoulé en avant contre le pubis. Dans le cul-de-sac postérieur se trouve une masse volumineuse, fluctuante, se prolongeant surtout à droite et aplatissant le rectum.

Le 25 février 1891, j'opérai cette malade, et je commençai par pratiquer dans le cul-de-sac postérieur deux ponctions à l'aide de l'appareil Potain. J'obtins ainsi successivement 20 à 30 grammes de sérosité. Une troisième ponction faite dans le cul-de-sac latéral droit donna issue à 80 grammes de pus environ.

Je procédai alors à l'hystérectomie vaginale, en coupant, à mesure que j'abaissais l'utérus, les tissus fibreux qui infiltraient le ligament large. Ayant placé des pinces sur les artères qui saignaient, l'utérus fut extrait avec les deux trompes, sans incident notable.

Je ne fis pas de ligature, me contentant de laisser à demeure deux pinces. Enfin un tampon de gaze iodoformée fut introduit dans le vagin. Le lendemain, les pinces furent enlevées.

La malade, dont l'état général est bon, se plaint de violentes douleurs dans le ventre.

Dans les jours suivants, le pansement vaginal souillé de sang est enlevé; des irrigations souvent répétées maintiennent l'antisepsie. La douleur persiste, mais en s'atténuant.

Au 12 mars, cette malade peut être considérée comme guérie.

Obs. III. — M[me] L..., âgée de 28 ans, a été mariée à 16 ans. Elle a eu un premier enfant, il y a onze ans, une fausse couche l'année suivante, enfin, il y a huit ans, une dernière grossesse à laquelle remontent les premiers accidents.

Le dixième jour qui suivit ce dernier accouchement, éclatèrent des frissons violents, une fièvre intense et tout un cortège de phénomènes graves : hoquet, ballonnement du ventre, douleurs. Ces symptômes ne tardèrent d'ailleurs pas à rétrocéder, et bientôt il ne resta plus à cette malade que des pertes blanches, des douleurs apparaissant avec les fatigues, disparaissant ensuite et suscitant les traitements les plus variés. Elle fut ainsi traitée pour une métrite, à la Charité, puis à l'Hôtel-Dieu.

En 1889, une crise plus violente se déclara, qui força la malade à s'aliter pendant trois semaines. Enfin, le 30 janvier 1891, après ses règles, elle fut prise de fièvre et de douleurs violentes dans le bas-ventre. Elle resta quinze jours ainsi, affaiblie par des métrorrhagies, dans le service de M. Peyrot, puis entra à la Salpêtrière.

Quand je la vis en ce moment, je trouvai le ventre douloureux, légèrement ballonné et empâté à droite, où un plastron abdominal très net remontait assez haut. Au toucher on percevait dans le cul-de-sac latéral droit une masse résistante et volumineuse paraissant être une collection formée par la trompe droite.

Le plastron abdominal disparut peu après cet examen, les douleurs s'atténuèrent. Le 22 février, nouvelle crise douloureuse dans le bas-ventre.

Le 27 février 1891, je pratiquai l'hystérectomie vaginale.

Les annexes, surtout le côté droit, englobés dans une gangue inflammatoire épaisse, sont ouverts à mesure que l'utérus est extirpé; on reconnaît que du côté gauche existe une corne utérine supplémentaire.

La malade eut quelque peine à se remettre du traumatisme opératoire et resta longtemps dans un demi-collapsus dont elle sortait seulement pour accuser une douleur violente dans le bas-ventre. Puis elle reprit le dessus et ne tarda pas à moins souffrir.

Dans les jours qui suivirent, les pinces laissées sur des artères vaginales et les clamps sont enlevés ainsi que le tampon vaginal. On se contente, dès lors, de faire de fréquentes injections de sublimé. On constate seulement un peu d'écoulement sanguin.

Guérison le 12 mars.

Obs. IV. — La malade que j'ai opérée ce matin est une femme âgée de 34 ans, qui a eu un enfant dix-huit mois avant son entrée à la

Salpêtrière. La couche fut pénible et suivie d'accidents du côté du péritoine. Depuis cette pelvi-péritonite, qui dura plusieurs semaines, la malade souffre et présente tous les symptômes généraux et locaux d'une suppuration peri-utérine du côté droit.

On trouve à droite de l'utérus, l'englobant et l'immobilisant, une tuméfaction dure, à peine fluctuante.

Après avoir reconnu par une ponction exploratrice dans le cul-de-sac vaginal droit la présence d'une certaine quantité de pus dans la masse phlegmoneuse, je pratiquai l'hystérectomie.

Les culs-de-sac vaginaux sont séparés du col; celui-ci, friable, se déchire sous la pression des pinces et est enlevé en totalité.

Alors, saisissant au fond de la plaie ce qui reste du corps, j'enlève celui-ci par morceaux (une dizaine environ) jusqu'à ce que la totalité de l'organe soit extirpée.

Ce morcellement a pour conséquence l'ouverture large de la poche purulente du côté droit; celle-ci est nettoyée et les lambeaux qui la constituent sont enlevés. Il reste une large plaie anfractueuse qui remonte au centre du bassin et au fond de laquelle on aperçoit les anses intestinales.

Cette vaste plaie est bourrée de gaze iodoformée, après lavage préalable au sublimé. Deux pinces restent sur les vaisseaux de la paroi vaginale.

Le 12 mars, la malade allait très bien et sans accident.

Tels sont les faits que j'ai observés ; ils sont encore trop peu nombreux et trop récents pour permettre d'en tirer des conclusions précises.

Cependant je puis dire dès à présent quelle est mon opinion sur ce mode d'intervention. Je déclarerai donc, sans détour, que cette opération me semble un traitement rationnel des suppurations des organes génitaux de la femme dans plusieurs circonstances bien établies où la laparotomie est à la fois impuissante et dangereuse. Ces circonstances peuvent, à mon avis, être résumées ainsi :

D'abord, dans les cas de grosses poches purulentes de la trompe ou de l'ovaire, occupant le fond du bassin et très adhérentes à l'épiploon et à l'intestin, ce qui arrive dans les inflammations très anciennes.

Une seconde forme relevant de ce mode de traitement est celle dans laquelle les lésions proéminent profondément du côté du vagin ou du rectum.

Enfin les suppurations fistuleuses anciennes, peu volumineuses ou au contraire très considérables, et qui correspondent à des lésions périphériques épaisses et étendues. Ici l'ablation par la laparotomie est toujours difficile, souvent impossible.

Quant au diagnostic de ces lésions, il est toujours facile et en

tout cas possible de le faire, soit par l'exploration digitale, soit par une ponction exploratrice à l'aide d'une aiguille creuse, d'un diamètre assez gros, qu'on introduira par le vagin.

Dans les quatre opérations que j'ai pratiquées, j'ai ainsi assuré mon diagnostic par des ponctions pratiquées avant l'opération. On évite ainsi toute erreur.

Si cette méthode me semble rationnelle et efficace dans les cas bien déterminés que j'ai résumés, je ne crois pas qu'on doive la généraliser. Je considère, en effet, que la laparotomie reste la méthode de choix dans les salpingites ordinaires, catarrhales ou parenchymateuses, hémorrhagiques ou hydropiques, et même pour le plus grand nombre de salpingites purulentes récentes ou peu volumineuses occupant franchement le milieu du bassin.

La méthode nouvelle restera donc une méthode d'exception très utile, mais réservée aux cas difficiles de foyers suppuratifs accolés à l'utérus. Elle ne doit pas prendre une plus grande extension. Les raisons qui me font soutenir cette opinion seraient trop longues à développer ici.

En terminant cette communication, je voudrais montrer quel chemin a parcouru cette question si difficile et autrefois si obscure des suppurations pelviennes.

On commença par ouvrir quelques-unes de ces collections quand, par hasard, elles venaient proéminer vers le vagin ou la paroi abdominale. Le plus souvent on les laissait s'ouvrir et s'établir ainsi des trajets fistuleux qu'on ne tentait pas davantage de guérir, sauf peut-être par le drainage abdomino-génital que j'ai vu pratiquer à plusieurs de mes maîtres, timidement et presque toujours avec insuccès.

C'est en 1880 que Hégar proposa d'aller à la recherche de ces suppurations pelviennes profondes en décollant le péritoine. Notre collègue M. Pozzi nous a montré que, par la voie extra-péritonéale, on pouvait atteindre certains de ces abcès, les drainer et les guérir. Mais ces cas sont exceptionnels.

Aussi Lawson Tait proposa-t-il de pratiquer la laparotomie, comme méthode générale, pour ouvrir ces suppurations, de les drainer, puis de fixer la poche à l'ouverture abdominale.

J'ai le premier rapporté ici des interventions de ce genre pratiquées avec succès.

Mais c'était là encore une méthode incomplète et ne s'appliquant qu'aux suppurations voluminenses et uniques. C'est alors que nous avons osé enlever la totalité des organes malades et que nous avons pu, dans bien des cas, le faire avec succès. Cette méthode, plus générale, plus utile, plus radicale, est la méthode de choix.

Cependant nous étions encore, dans quelques cas, désarmés et impuissants à empêcher des accidents graves. La nouvelle méthode nous permettra d'attaquer avec succès ces cas difficiles.

Aussi peut-on dire désormais que toutes les suppurations pelviennes, fistuleuses ou non, peuvent être traitées chirurgicalement d'une façon heureuse et radicale. On aura soin seulement de choisir la méthode opératoire suivant les cas et suivant certaines circonstances particulières.

M. Pozzi. Je regrette d'être d'un avis entièrement opposé à celui de mon ami Segond. Je considère l'hystérectomie, appliquée au pyosalpinx, comme très inférieure à la laparotomie. De plus, je crois qu'une pareille pratique ferait entrer dans une voie fort dangereuse la chirurgie des annexes de l'utérus.

En effet, il importe essentiellement de faire remarquer quelle est la portée de la séduisante communication de notre collègue. Il l'a intitulée : *Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie;* mais il est facile de voir, par sa pratique comme par celle de M. Péan, combien cette donnée première a été rapidement dépassée. En fait, il s'agit dans ce débat de la substitution pure et simple de l'hystérectomie, traitement indirect, à la laparotomie, traitement direct, dans *toutes les petites tumeurs inflammatoires de l'ovaire et des trompes*. Comment en serait-il autrement, puisque, une fois sur quatre au moins, il est impossible d'affirmer par l'examen clinique que l'on a affaire à un pyo-salpinx plutôt qu'à un hémato-salpinx, à un hydro-salpinx, à une salpingite parenchymateuse, à une dégénérescence poly-kystique de l'ovaire, ou même à un petit kyste du ligament large? On a donc été conduit, par une suite d'erreurs de diagnostic inévitables, à étendre considérablement le champ opératoire. Après avoir entrepris l'hystérectomie pour des suppurations supposées, on est tombé sur des collections séreuses ou même sur des inflammations chroniques interstitielles des annexes. Les femmes ayant guéri *quand même*, on s'est enhardi jusqu'à ériger en principe ce qui n'avait, sans doute, été d'abord qu'un accident.

Je ne veux tirer aucune présomption fâcheuse de cette origine un peu fortuite de la méthode. Je désire seulement que toute ambiguïté soit dissipée et qu'on ne paraisse pas en restreindre les applications en théorie plus qu'on ne le fait en pratique. On doit nettement poser ainsi la question : L'hystérectomie est-elle préférable à la laparotomie dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes suppurées ou non suppurées?

Trois arguments principaux ont été tour à tour invoqués : 1° *l'absence de cicatrice ;* 2° *la gravité moindre ;* 3° *l'efficacité supérieure.*

Je demande la permission d'intervertir l'ordre de ces facteurs dans mon argumentation. En effet, le premier, qui a trait à la beauté des opérées, doit nous toucher infiniment moins que les deux autres, qui intéressent leur vie. Et cependant, qui oserait prétendre que cette *question cosmétique* n'occupe pas la principale place dans l'opinion du public et n'influe pas outre mesure sur les préférences des chirurgiens ? Le problème que nous essayons de résoudre ne perdrait-il pas la majeure partie de son intérêt si cette question, en apparence accessoire, n'en faisait pas partie intégrante? Nous aurons donc à y revenir, mais seulement à la place qu'il convient de lui assigner.

I. — Examinons d'abord la nouvelle méthode au point de vue de l'*efficacité*.

Certes, on ne saurait mettre en doute que les malades atteintes de lésions inflammatoires des annexes guérissent par le traitement indirect de la castration utérine; mais guérissent-elles mieux ou même aussi bien que par l'ablation directe des parties malades? C'est surtout ici qu'il est important d'établir la distinction que j'ai formulée au début, et de remarquer que l'hystérectomie est appliquée d'une part aux suppurations pelviennes, d'autre part aux autres lésions non suppurées des trompes et des ovaires.

A. *Efficacité de l'hystérectomie pour le pyosalpinx et les abcès pelviens.* — Mon excellent collègue Bouilly a déjà insisté avec raison sur les diverses catégories qu'il convient d'établir dans les suppurations des annexes, et il a distingué : 1° les petites collections; 2° les grosses collections et, 3° les tumeurs à fistules multiples. Ces considérations de volume et d'ouverture spontanée me paraissent beaucoup moins importantes que la question d'adhérence de la poche au point de vue opératoire ; j'établirai la classification suivante :

1° Poches libres ;

2° Poches adhérentes mais énucléables (fistuleuses ou non) ;

3° Poches très adhérentes non énucléables (avec ou sans fistule), véritables abcès pelviens.

Par la laparotomie, il est possible d'enlever complètement les lésions dans les deux premières catégories qui comprennent l'immense majorité des cas. Par l'hystérectomie, on ne peut enlever que les poches entièrement libres ou très faiblement adhérentes, et, chez un très grand nombre de malades, on est obligé de se contenter d'ouvrir ou d'abandonner à la déhiscence spontanée des poches fortement collées au bassin, qu'un laparotomiste exercé aurait certainement décortiquées. Il reste donc dans le ventre, après la guérison opératoire, des résidus de tissus pathologiques

plus ou moins infectés. Une expérience, qui n'est pas encore de bien longue durée, semble, nous dit-on, avoir démontré que ces résidus sont résorbés, ou tout au moins tolérés. Mais qui oserait dire que de pareils résultats sont définitifs et que le *microbisme latent* ne se réveillera pas un jour dans ces débris de pyosalpinx comme on le voit renaître après des mois et des années dans de vieux séquestres invaginés ?

Je le répète, ces deux premières catégories de pyosalpinx, à poche libre et à poche adhérente énucléable, constituent la presque totalité des cas que nous avons à traiter. Il importe aussi de faire remarquer que la possibilité de tout enlever se rencontre même chez des malades où, avant l'ouverture du ventre, on eût hésité à l'affirmer. J'ai plusieurs fois pu traiter ainsi des cas où l'utérus était complètement enclavé dans le petit bassin et où les culs-de-sac étaient entièrement remplis par des tumeurs donnant la sensation dite du *vagin de carton*. Dans certains de ces faits, il y avait une fistule dans le vagin ou dans le rectum. Après avoir ouvert le ventre, j'ai pu décortiquer les poches purulentes. Toutes ces malades ont guéri. Si l'on vient à pratiquer le toucher vaginal aussitôt après avoir énucléé les poches, on est tout surpris de les retrouver entièrement souples, et l'on peut se convaincre que la sensation de dureté ligneuse, primitivement observée, était due au fait même de l'adhérence intime aux culs-de-sac. Il y a là, en somme, un phénomène de *plastron vaginal* analogue au plastron abdominal. On ne doit donc nullement considérer *a priori* ces cas de pyosalpinx compliqués de pelvi-péritonite comme au-dessus des ressources de l'extirpation complète par l'abdomen, et je suis surpris, je l'avoue, du pronostic excessivement grave que leur attribuent certains de mes collègues.

Reste, à la vérité, un certain nombre de faits où l'extirpation de la poche est impossible, même lorsqu'on manœuvre à l'aise par l'ouverture abdominale; ils sont excessivement rares. J'en ai trouvé 3 sur 39, et M. Bouilly 3 sur 30, ce qui fait une proportion de 1 sur 10. Or, toutes ces malades ont parfaitement guéri par la laparotomie après nettoyage de la poche, lavage et tamponnement iodoformé de Mikulicz. La guérison peut donc être obtenue par la laparotomie même dans ces cas difficiles, quoiqu'elle soit peut-être alors moins rapide et moins assurée. Un autre avantage de la laparotomie est que seule elle permettra de reconnaître avec certitude les poches énucléables de celles qui ne le sont pas.

On a beaucoup parlé des lésions incurables résultant d'*ouvertures fistuleuses*, qui ont transformé le plancher pelvien en une *éponge purulente*. Il y a là quelque exagération; il ne faudrait pas se laisser abuser par une figure de rhétorique. Les fistules

ouvertes, soit dans le rectum, soit dans le vagin, soit à l'abdomen, sont assurément une complication ; mais elles sont beaucoup moins graves qu'on ne pourrait se le figurer *à priori*. Je les ai toujours vues se fermer spontanément après la laparotomie, qui a permis soit d'enlever en totalité le pyosalpinx, soit de nettoyer et de tamponner antiseptiquement l'abcès pelvien. J'ai l'habitude, lorsqu'il existe ainsi des fistules, de faire le drainage du péritoine, alors même que toute la poche a été enlevée. Lorsque des fistules persisteront après un pareil traitement, ce ne pourraient être que des fistules anciennes résultant d'une opération incomplète ou des fistules nouvelles provenant de l'infection des fils. Pour ces dernières, le seul traitement rationnel est d'aller à la recherche du fil infecté, au fond du trajet, par le curettage d'abord, puis par une incision. Pour les fistules entretenues par un ancien foyer incomplètement détergé, on pourra hésiter entre une laparotomie nouvelle et un débridement par le vagin suivi de tamponnement. Comme *ultima ratio*, j'admets enfin un large drainage par l'hystérectomie. Telle est même, à mes yeux, la seule indication de celle-ci ; je la considère donc comme une dernière ressource pouvant être pratiquée *secondairement* après une laparotomie qui aurait donné un résultat incomplet. Je diffère en cela de mon collègue Bouilly, qui semble disposé à la pratiquer *d'emblée* dans les cas de pyosalpinx fistuleux. En effet, combien de fois n'est-il pas possible alors, après la laparotomie, d'enlever la totalité des lésions, et d'assurer ainsi, bien mieux que par le traitement indirect, une guérison définitive?

En somme, je ne conteste point qu'on ne puisse guérir les suppurations pelviennes par la méthode de M. Péan; mais il y a plusieurs manières d'amener la guérison d'une même maladie, et il faut toujours choisir la plus efficace et la moins grave. C'est ainsi qu'on peut guérir les métrites en amenant l'atrophie de l'utérus par la castration : ce traitement a même été prôné en Amérique; je préfère pourtant le curettage aidé des opérations sur le col. On peut aussi guérir le pyosalpinx par l'hystérectomie; je préfère l'ablation des annexes.

B. *Efficacité de l'hystérectomie pour les lésions non purulentes des annexes.* — Tout ce qui précède n'est relatif qu'à la moindre partie du débat. En réalité, c'est surtout contre d'autres lésions des annexes qu'on a pratiqué et qu'on pratiquera le plus souvent l'hystérectomie. Les hydro-salpinx, les hémato-salpinx, les ovarites kystiques, les petits kystes ligamentaires juxta-utérins et jusqu'aux salpingites catarrhales avec dégénérescence scléro-kystique des ovaires, peuvent simuler à s'y méprendre la suppuration des trompes pour peu qu'il s'y soit ajouté un certain degré de pelvi-

péritonite ou péri-métro-salpingite. C'est à toutes ces lésions indistinctement qu'on a appliqué l'hystérectomie. Est-il besoin d'insister sur ce qu'une pareille pratique a de téméraire? Danger d'enlever l'utérus à une femme dont les annexes ne sont irrémédiablement atteintes que d'un côté; danger de laisser des portions de trompes ou d'ovaires malades adhérentes aux parois pelviennes; telles sont les deux principales raisons qui me font repousser alors l'hystérectomie. Je sais bien que l'on prétend ne l'entreprendre jamais que lorsqu'on s'est assuré que la lésion est bilatérale; mais, même en supposant qu'un chirurgien, quelque exercé qu'il soit, n'est pas exposé à se tromper sur l'existence d'une double lésion, quel est celui qui pourrait oser préciser exactement sa nature? Il m'est arrivé de faire la laparotomie en croyant à une double salpingite kystique, et de me trouver en présence de lésions avancées d'une trompe d'un côté et de lésions très légères ou même nulles des annexes de l'autre côté, où la tuméfaction qu'avait révélé l'examen clinique était formée soit par un petit kyste du ligament large, soit simplement par une infiltration séreuse autour d'une salpingite catarrhale. J'ai pu, dans ces cas-là, me borner à enlever les annexes du côté seulement où la lésion le rendait nécessaire, respectant celle de l'autre côté, et conservant, par suite, à la femme sa fécondité.

La guérison est-elle plus définitive avec l'hystérectomie? On a insisté sur les douleurs qui subsistent après l'ablation des annexes; cet accident ne se présente guère que lorsqu'on a enlevé des organes peu altérés chez des femmes nerveuses et dysménorrhéiques (opérations de Battey). Encore voit-on souvent la guérison se produire après une attente de quelques mois. Mais on peut affirmer que l'extirpation des annexes gravement altérées, et en particulier suppurées, est toujours suivie d'une guérison complète lorsqu'elle a été accomplie avec une rigoureuse asepsie. Il serait presque permis de formuler cet aphorisme : une oophoro-salpingotomie donne des résultats d'autant plus complets qu'elle est pratiquée pour une lésion plus grave.

Que dire de ce dernier reproche, qui a été encore adressé à l'ablation des annexes, à savoir que cette opération laisse subsister la métrite avec ses inconvénients, leucorrhée, hémorrhagie? On a fort exagéré les accidents, en réalité très rares, et qui disparaissent très vite par l'atrophie de l'utérus qui suit la castration. S'ils persistent, on en est du reste quitte pour pratiquer la petite opération complémentaire du curettage. Je n'ai jamais été obligé d'y avoir recours que lorsque la lésion était notoirement blennorrhagique. Par contre, j'ai vu fréquemment une leucorrhée très abondante cesser d'emblée après l'ablation des annexes malades,

comme si elle était uniquement entretenue par une sorte d'excitation réflexe. L'exemple le plus frappant que j'ai vu de ce fait provient d'une malade que j'ai soignée avec M. le professeur Fournier ; l'écoulement purulent était chez elle d'une telle abondance qu'il paraissait impossible de ne pas l'attribuer à un pyosalpinx se vidant dans l'utérus. Les annexes, enlevées par la laparotomie, ne présentèrent pourtant pas trace de pus, et seulement une agglomération de kystes folliculaires des ovaires avec salpingite parenchymateuse hypertrophique très adhérente ayant oblitéré la cavité de la trompe. Le soir même de l'opération apparut, comme cela est fréquent en pareil cas, une légère métrorrhagie qui dura quatre jours. Au bout de ce temps, tout écoulement vaginal fut totalement supprimé.

II. — La *gravité* de l'opération indirecte par le vagin est-elle moins grande que la gravité de l'ablation directe des lésions par la voie abdominale ? Telle est la partie la plus importante du débat. C'est aussi la plus difficile à trancher.

Il y a deux manières de juger la question : le *raisonnement* et l'*expérience*. Certes, on ne saurait attribuer une valeur prépondérante aux raisons théoriques ; il est cependant impossible de ne pas les prendre en considération. En écoutant la lecture des opérations qui vous ont été soumises, et surtout en voyant exécuter l'hystérectomie dans les cas fréquents où l'utérus ne s'abaisse pas, il est impossible de ne pas établir un parallèle tout à l'avantage de la laparotomie; d'un côté, des manœuvres s'exécutant à l'aise, un large accès donné par l'ouverture abdominale vers les parties malades, le toucher pouvant toujours, au besoin, s'aider de la vue, avec les ressources supplémentaires de la position déclive et de l'éviscération; de l'autre, des tâtonnements inévitables au fond d'une cavité étroite et profonde, pour peu que l'utérus s'abaisse difficilement et que la femme présente un notable embonpoint; une hémostase toujours incertaine et livrée à la bonne fortune d'une première mise en place des pinces; le danger de ne pouvoir parvenir à atteindre les lésions lorsqu'elles sont placées trop haut ou trop en avant, ou encore lorsque le champ opératoire est obstrué par de nombreuses pinces qu'on courait le risque de déplacer.

Quoi qu'il en soit, le raisonnement doit céder le pas devant l'*expérience* représentée par la statistique.

Pour que celle-ci ait quelque valeur, il faut que les séries proviennent d'opérateurs ayant une compétence reconnue, et qu'elles portent sur un chiffre d'une certaine importance. Nous pouvons, à ce double titre, comparer les résultats obtenus par M. Bouilly et

par M. Segond. Le premier, sur 33 laparotomies *pour pyosalpinx*, a eu quatre morts ; le second, pour 23 hystérectomies *pour pyosalpinx et autres lésions des trompes et des ovaires*, a eu quatre morts. On le voit, la supériorité reste à la laparotomie, et elle s'accuserait bien davantage sans doute si M. Bouilly avait joint à ses pyosalpinx ses autres tumeurs ovario-tubaires, ou, inversement, si M. Segond avait éliminé ces dernières.

Voici enfin le résultat de ma propre expérience durant les deux dernières années. Du 1er février 1889 au 10 mars 1891, j'ai opéré 39 pyosalpinx abcès pelviens sur lesquels j'ai eu 3 morts ; encore 2 de ces cas malheureux sont-ils survenus coup sur coup récemment, si bien que si j'avais arrêté ma statistique au 1er mars, j'aurais eu 37 succès et 1 seule mort. Toutes les guérisons ont été complètes et paraissent définitives. Si l'on compare ce résultat à ceux obtenus par M. Segond, on constate déjà leur supériorité. Mais elle s'affirme encore mieux si, au lieu de me borner aux suppurations pelviennes, je réunis tous les faits de tumeurs inflammatoires bilatérales des annexes traitées par la laparotomie et où, d'après la pratique de mon contradicteur, l'hystérectomie eût été infailliblement pratiquée. J'y joins même, puisqu'on enlève l'utérus en pareil cas, les opérations de Battey pour ovarite scléro-kystique sans tumeur et où l'extirpation des annexes n'a eu pour but de combattre que la douleur ou la dysménorrhée. La liste ainsi complétée comprend les cas suivants, dans cette même période de vingt-cinq mois :

Salpingites parenchymateuses............	19
Hydro-salpinx.........................	3
Hémato-salpinx........................	3
Ovarites scléro-kystiques................	12

Toutes ces opérations ont été suivies de guérison, à l'exception d'une seule. Il s'agissait d'un hémato-salpinx consécutif à une grossesse tubaire et compliquée d'hématocèle. L'utérus très friable avait été déchiré par la rupture des adhérences et j'avais dû terminer l'opération par l'hystérectomie abdominale.

En somme, en réunissant tous ces faits, on obtient 76 opérations avec 4 morts ; et dans la grande majorité pourtant on a eu affaire à des cas compliqués, où des adhérences très fortes fixaient les annexes malades. La proportion des guérisons surpasse de beaucoup celles qu'a obtenues M. Segond par l'hystérectomie pour sa série de faits analogues.

Je viens d'envisager la *gravité du procédé* opératoire. Je désire maintenant dire quelques mots de la *gravité de la méthode* qui subs-

titue d'une façon générale dans la maladie des annexes l'intervention indirecte par le vagin à l'intervention directe par la voie abdominale. Il y a, je crois, un très gros danger à pousser dans cette direction les malades et les praticiens. La laparotomie est une opération de contrôle qui permet de rectifier à temps les incertitudes ou les erreurs du diagnostic. L'hystérectomie, par contre, est une opération de certitude qui suppose l'infaillibilité du diagnostic. Ici, point d'incision exploratrice; le premier coup do bistouri entraîne la perte fatale de la fécondité. Certes, je sais bien que ceux qui prônent actuellement une pareille méthode offrent par leur science et leur honorabilité les plus hautes garanties. Mais qu'il me soit permis d'indiquer, avec toute la réserve nécessaire, qu'il faut parfois compter, même dans notre profession, avec un certain nombre de personnalités peu instruites, ou insuffisamment scrupuleuses. Pour de tels opérateurs, la laparotomie offrira toujours heureusement une condition très défavorable; elle comporte avec elle la confirmation du diagnostic ou tout au moins de l'indication, et nécessite ce qu'on pourrait appeler *l'absolution opératoire*. Rien de pareil avec la nouvelle doctrine de l'hystérectomie appliquée aux salpingites ; le vagin est un gouffre où s'enseveliront sans vérification et sans enseignement possibles les plus impardonnables erreurs. Puisse la vulgarisation de cette méthode, qui bénéficie déjà de l'engouement inhérent à toutes les nouveautés, ne pas multiplier les interventions graves et les mutilations irréparables faites par des opérateurs trop enhardis sur des femmes trop rassurées !

III. — Le dernier avantage de l'hystérectomie que l'on a fait valoir devant vous est celui de *l'absence de difformité*. A vrai dire, quoiqu'on n'ait pas donné à cet argument le premier rang, il l'occupe dans les préoccupations du public. Il n'est certes pas de chirurgien qui consentît à sacrifier la sécurité à la beauté de sa malade; mais il n'est presque pas de femmes qui ne fassent le raisonnement inverse; aussi, de quel poids n'est pas auprès d'elles cet argument purement plastique.

Réduisons-le d'abord à ses véritables proportions. Il ne s'agit point ici d'une longue incision du ventre analogue à celle qui succède à la laparotomie pour une grosse tumeur, kyste de l'ovaire ou corps fibreux. La section que l'immense majorité des chirurgiens pratique actuellement à l'exemple do Lawson Tait est toute petite, juste suffisante pour laisser passer la main, et après la guérison la ligne cicatricielle n'excède pas celle d'une incision d'abcès ou d'une ligature d'artère. L'immense majorité de mes cicatrices pour pyosalpinx et abcès pelviens a de 5 à 7 centimètres,

et pas une ne dépasse 9 centimètres. De plus, si l'on prend soin de suturer par étages les plans abdominaux suivant le procédé que j'ai le premier préconisé devant vous, il y a plus de quatre ans, on obtient une cicatrice absolument linéaire et résistante qui dispense du port ultérieur d'une ceinture; on n'a à craindre avec elle ni éventration, ni entéroptose. L'importance chirurgicale de la cicatrice est alors tout à fait hors de cause, et au point de vue esthétique on ne saurait véritablement pas prononcer ici le mot de *difformité*.

Cherchons donc uniquement à bien établir quelle est l'opération la meilleure. Le jour où il sera démontré, comme je le crois, que l'hystérectomie est plus dangereuse et moins efficace que la laparotomie dans le traitement des maladies des annexes, il n'est sûrement pas un de nous qui mette ces considérations capitales en balance avec une question de coquetterie.

Lecture.

M. Delorme fait une locture sur un cas de *fracture partielle de la tête du radius.*

Présentations de malades.

M. Charvot présente un malade atteint d'*atrophie testiculaire double d'origine ourlienne et d'hypertrophie consécutive des deux mamelles.*

Observation. — R..., 2e soldat au 18e bataillon de chasseurs à pied. Entré au service en novembre 1889.

Pas d'antécédents blennorrhagiques ou syphilitiques.

En mai 1890, il est atteint d'oreillons. Il est traité pendant dix-huit jours à l'hôpital Saint-Martin. Au 5e jour, il avait une orchite ourlienne double.

Il revient à son corps le 20 juin, après une permission de quinze jours, et reprend son service comme par le passé.

Au mois de septembre, début de l'atrophie testiculaire, et, en même temps, changement notable de caractère ; plus d'appétits vénériens, impuissance à peu près complète.

Vers la fin du mois de septembre, il ressent un léger chatouillement dans les deux seins, qui commencent à s'hypertrophier.

Depuis ce temps, l'atrophie testiculaire et l'hypertrophie mammaire n'ont fait que s'accentuer.

A son entrée à l'hôpital Saint-Martin (20 janvier 1891), je constate l'état suivant : atrophie très marquée des deux testicules, qui sont du volume d'un gros haricot, mais conservent une légère sensibilité à la pression. Pas de névralgie du cordon. Plus de désirs vénériens. L'érection est impossible.

Les deux mamelles sont également hypertrophiées, grosses comme la moitié d'une orange. L'hypertrophie porte sur toute la glande, qui est régulièrement tuméfiée. Pas de nodosités à la pression. Le mamelon est noirâtre comme chez les femmes enceintes. Hyperesthésie du bout des seins que réveille le moindre frôlement des vêtements.

Pas de modifications dans la voix, ni dans les fonctions psychiques. Pas de symptômes d'hystérie mâle.

Un seul cas bien typique de ce genre (atrophie testiculaire double d'origine ourlienne, hypertrophie consécutive des deux mamelles) a été cité par Lereboullet (*Gaz. hebdom.*, 1877).

Un autre cas est cité par Gérard (*Archives de médecine militaire*, 1878) ; mais l'auteur n'est pas sûr que l'atrophie testiculaire soit d'origine ourlienne.

M. Le Dentu présente un jeune homme de 28 ans, chez lequel il a pratiqué avec succès la *résection d'un cal vicieux de la jambe.*

Ce jeune homme s'est cassé la jambe sept fois ; à chaque fracture, la déformation s'est accentuée davantage, de telle sorte que le malade marchait avec une extrême difficulté. M. Le Dentu a réséqué la partie saillante du cal ; le redressement de la jambe est parfait, et l'opéré, qui a un raccourcissement de 12 centimètres, marche facilement et sans aucune douleur avec une bottine spéciale. Deux moules, dus à M. Baretta, montrent la forme de la jambe avant et après l'opération. Ce résultat, très complet, est déjà ancien de dix-huit mois.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

G. Richelot.

Séance du 18 mars 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Horteloup, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Un volume des *Transactions of the pathologic Society of London ;*

4° Deux volumes intitulés : *le Dossier du Dr Koch et la médecine dosimétrique ; la Société de médecine de Gand et la médecine dosimétrique*, par le Dr Burggræve.

Commission.

La Société nomme une commission pour l'élection d'un membre titulaire. Sont nommés : M. Championnière avec 18 voix, M. Bazy avec 18 voix, M. Prengrueber avec 14 voix.

A propos du procès-verbal.

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. Routier. Si j'ai déjà pratiqué un certain nombre d'ablations de l'utérus par le vagin dans les cas de cancer, comme ceux de nos collègues qui ont déjà pris la parole dans cette discussion, j'en suis

à faire ma première hystérectomie vaginale appliquée au cas de suppuration pelvienne; mais comme eux, je puis au moins comparer aux résultats fournis par M. Segond ceux que j'ai obtenus par la laparotomie suivie de l'ablation des annexes, et discuter les cas où l'on aurait pu pratiquer cette hystérectomie.

M. Segond sait mieux que moi que si on peut arriver souvent au diagnostic de la bilatéralité des lésions de la trompe et de l'ovaire, il est autrement difficile de préciser la nature exacte de ces lésions; il me paraît légitime d'en conclure que si on opère par l'hystérectomie vaginale toutes les salpingites doubles, ce ne seront pas seulement les pyosalpinx qu'on traitera ainsi, mais bien toutes les salpingites avérées.

Ceci dit, je prendrai dans ma statistique les cas opérés pendant le même laps de temps que M. Segond, c'est-à-dire du 8 août 1890 au 31 décembre 1890; par une coïncidence bizarre, j'arrive à un chiffre analogue au sien; il a cité 23 cas, j'en compte 22 qui peuvent se décomposer ainsi :

Pyo-salpinx....................................	12
Hémato-salpinx................................	4
Hydro-salpinx..................................	1
Salpingites interstitielles avec ovaires polykystiques...	5

Sur ces 22 cas, j'ai la chance de n'avoir pas une seule mort.

De mes 12 pyo-salpinx, 10 sont parfaitement guéris, c'est-à-dire ont recouvré une santé complète; 2 laissent encore à désirer.

L'une de ces deux avait un pyo-salpinx double, et quand je l'opérai, le 13 août 1890, je savais qu'une des deux poches, la gauche, communiquait avec la vessie; j'enlevai complètement la poche droite; mais pour la gauche, à cause de cette ouverture vésicale, je me contentai de l'ouvrir, de suturer en bourse ses parois aux parois de l'abdomen; plus tard, je passai un drain de cette poche dans le vagin; bref, la malade est rentrée chez elle, mais elle a un tube en anse qui va de la paroi antérieure de l'abdomen dans le vagin.

Pourrait-on la guérir par l'hystérectomie vaginale? Déjà au courant de la pratique de M. Segond, sachant son enthousiasme pour cette opération, je me suis demandé si je pouvais la tenter chez elle? Je lui serais reconnaissant de me donner son avis.

La seconde malade avait aussi deux poches purulentes volumineuses, que j'enlevai non sans difficultés le 6 décembre 1890. Tout allait bien, quand, le troisième jour, elle eut une poussée confluente d'urticaire en rapport, je crois, avec de l'intoxication iodoformée; très nerveuse et peu docile, ne pouvant résister aux démangeaisons, elle passa ses mains sous le pansement, se gratta dans le

voisinage de la suture abdominale, l'inocula sans doute et eut de la suppuration de la paroi.

Tout semblait fini, quand est survenue une induration généralisée à tout le côté gauche de la paroi abdominale, sorte de phlegmon chronique que j'ai pu ouvrir jeudi dernier ; la malade va bien et tout me permet d'espérer qu'elle guérira.

Il est facile de m'objecter pour cette dernière que l'hystérectomie vaginale n'aurait sans doute pas causé ce phlegmon chronique de la paroi ; et si elle avait réussi, cette malade, opérée le 6 décembre dernier, ne serait sans doute plus au lit.

N'allez pas croire que tous ces cas de pyo-salpinx étaient faciles : j'en relève deux où je dus faire le tamponnement du petit bassin avec la gaze iodoformée, suivant la modification que j'ai apportée au procédé de Mickulicz.

Chez un troisième, j'employai encore ce tamponnement, non plus pour arrêter l'hémorrhagie, mais pour parer aux conséquences d'un amincissement inquiétant des parois rectales, produit par la déchirure des adhérences d'une trompe purulente.

Dans tous ces cas, cependant, je dois dire que la suppuration était toujours bien enkystée, soit dans la trompe, soit dans l'ovaire, et j'ai enlevé ces abcès, soit en entier, poche et contenu, sans les crever, soit, au contraire, comme je le fais maintenant plus volontiers, après avoir aspiré le pus et vidé la poche, ce qui diminue les chances d'infection.

Il me faudrait sortir des 22 faits que je rapporte ici, pour trouver de ces cas de suppuration diffuse de tout le petit bassin, de ces cas où, une fois le ventre ouvert, on ne sait de quel côté attaquer le mal ; de ces cas où il est prudent de refermer l'abdomen sans essayer autre chose.

J'en vois deux notamment où l'hystérectomie vaginale aurait largement ouvert une voie à cette suppuration et aurait peut-être sauvé les malades.

Comme les orateurs précédents, j'accepterai volontiers pour ces cas la ressource de l'hystérectomie, car j'avoue qu'en face d'eux la laparotomie est impuissante.

Continuant la revue de ma statistique présente, je passe aux hémato-salpinx ; j'en compte 4, comme je l'ai dit. Parmi eux se trouve une femme à qui j'enlevai 2 grosses trompes pleines de sang ; vingt jours après, survint une métrorrhagie inquiétante avec élévation de la température.

Je dilatai rapidement l'utérus et pus facilement enlever un fibrome intra-utérin de petit volume, mais tout sphacélé.

Restent mes cinq cas de salpingites interstitielles avec ovaires polykystiques.

Ce sont là, au point de vue opératoire, des cas de toute bénignité; peu d'adhérences, pédiculisation facile, pas d'auto-infection à craindre, aussi le succès opératoire n'est-il pas très méritoire, et à coup sûr leur ablation par la laparotomie a toujours été plus facile que l'hystérectomie vaginale la plus simple.

Si j'en parle, c'est surtout parce que dans ces cinq cas la laparotomie n'avait pas été faite uniquement pour guérir des salpingites, mais bien pour remédier aux désordres produits par des rétrodéviations qui avaient résisté à tous les autres moyens ; cliniquement, chez ces malades, on sentait une tumeur des annexes d'un côté, la tumeur de la rétrodéviation de l'autre, et il était difficile ou impossible de se prononcer sur la bilatéralité des lésions ; aussi, sur ces cinq cas, je n'ai fait qu'une fois la castration bilatérale. Quatre fois j'ai enlevé seulement les annexes d'un seul côté, la trompe était oblitérée, kystique; l'ovaire correspondant était polykystique et dégénéré.

J'ai cru pouvoir laisser les annexes de l'autre côté parce que la trompe avait encore des franges, parce que l'ovaire me paraissait moins dégénéré, et je me suis contenté alors de vider les petits kystes de l'ovaire que je rentrais dans l'abdomen en les ouvrant au moyen du thermocautère ; la laparotomie m'a permis de faire une chirurgie conservatrice impossible avec l'hystérectomie. Je dois dire cependant que dans deux de ces quatre cas le résultat thérapeutique n'a pas été parfait.

L'une de ces malades se mit à maigrir d'une façon inquiétante, trois semaines environ après l'opération, se plaignant de douleurs très vives du côté où j'avais enlevé la trompe et l'ovaire, pendant qu'on sentait en même temps à ce niveau un gros noyau dur, qui bientôt acquit le volume d'une orange, bien que tout se passât sans grande élévation de température, 37°,9, 38°. J'eus peur de m'être servi d'une soie imparfaitement aseptique, et je pensais qu'il s'agissait d'un abcès. J'ai voulu en tenter la cure par le vagin, et, de proche en proche, j'ai été amené à faire chez cette malade une hystérectomie vaginale. Il existait sur la corne utérine un noyau dur que j'ai pris tout d'abord pour du cancer; mais l'examen histologique de MM. Durante et Pillot m'a rassuré, c'était une néoformation inflammatoire, et la malade va très bien.

J'ai revu ces jours-ci la seconde des malades de cette dernière série; elle a eu ses règles tous les mois, mais elles sont un peu trop abondantes, et elle souffre du côté non opéré, de telle façon qu'une seconde intervention s'imposera peut-être.

C'est à dessein que j'ai insisté sur ces faits, pour montrer que, même dans les cas douteux, alors qu'on croirait pouvoir se contenter de la castration unilatérale, il ne faut pas redouter outre

mesure l'ablation des deux côtés, ce qui serait encore un argument en faveur de la castration utérine.

Du reste, on sait bien maintenant que la fonction est perdue dans les ovaires polykystiques. Pilliet, Conzette, l'ont démontré. J'ajoute que ce sont ces ovaires qui font le plus souffrir, qui causent les métrorrhagies les plus rebelles, et que, malheureusement, leur ablation ne fait pas toujours cesser les douleurs.

Ce n'est donc pas au point de vue de la perte de la fonction que je critiquerai l'hystérectomie vaginale ; je suis convaincu que lorsqu'un chirurgien instruit et prudent trouve les indications de la castration la fonction ovarienne est bien compromise, sinon perdue.

Mais je ne suis pas autrement séduit par la bénignité de l'hystérectomie vaginale; si je puis dans cette partie de ma statistique annoncer 0 mort, ce qui est déjà un résultat et une objection, je sais bien par ma statistique intégrale que là n'est pas la proportion véritable et qu'on a des morts par la laparotomie, comme on en aura par toutes les méthodes.

Ce que je critiquerai, c'est l'opération elle-même, non seulement par sa difficulté d'exécution, mais surtout parce que je trouve dans ce cas le chirurgien trop subordonné à l'instrumentation.

J'ai déjà pratiqué un assez grand nombre d'hystérectomies vaginales totales pour des cancers, je n'ai perdu qu'une malade, mais je l'ai perdue d'hémorrhagie.

C'est ce que je redouterais surtout dans l'hystérectomie, même par morcellement, appliquée aux salpingites ; qu'une pince lâche, qu'un lambeau de tissus pincés se déchire ou échappe, et, malgré toute l'habileté de l'opérateur, voilà une opération qui va se prolonger indéfiniment, et mettre la vie de la femme en danger.

Or, dans les cas de suppuration pelvienne, cet accident vient s'ajouter à toute la série des accidents septiques qui peuvent suivre l'ouverture plus ou moins complète des poches purulentes, surtout quand on en laisse sans les ouvrir.

J'avoue donc que jusqu'à plus ample informé, M. Segond faisant lui-même une catégorie à part pour ces cas où, un abcès proéminant franchement dans un cul-de-sac, il se contenterait lui-même d'un simple coup de bistouri au point le plus proéminent, je garderai l'hystérectomie pour les cas où la laparotomie me semblerait impraticable, quitte même à l'employer après une laparotomie exploratrice dans les cas douteux.

Je l'accepterais encore, et alors pour les cas les plus bénins, ces petites trompes kystiques avec ovaires polykystiques, s'il m'était démontré que l'ablation de l'utérus supprime chez ces femmes les

poussées de chaleur et de sueur quelquefois insupportables qu'elles conservent trop souvent à la suite de l'ablation des annexes par la voie abdominale; mais le temps seul permettra de répondre à cette question.

M. Terrier. Dans cette discussion, je suis certainement dans un état d'infériorité incontestable ; c'ost qu'en effet je n'ai pas l'expérience de l'opération préconisée ici par M. Segond.

Comme je l'ai déjà dit dans cette enceinte, en contestant la valeur curative des simples incisions des collections purulentes du petit bassin, j'acceptais en principe cette intervention vantée par M. Péan et contre laquelle je ne voyais alors aucune objection capitale, au moins dans des cas déterminés.

Quels sont ces cas ? Pour moi, ils ont été très nettement signalés par notre collègue M. Terrillon, lorsqu'il a dit que, dans certaines circonstances, après avoir pratiqué la laparotomie, on ne distingue absolument rien du côté du petit bassin, les annexes et l'utérus étant confondus en une masse plus ou moins résistante ou plus ou moins spongieuse, sur laquelle le péritoine semble passer comme un voile épais. Dans ces cas, contrairement à ce qu'ont fait des chirurgiens, j'ai pu poursuivre l'opération par l'abdomen, et dans toutes mes opérations je suis arrivé à enlever les annexes malades, d'ordinaire suppurées et adhérentes aux anses intestinales voisines, surtout au rectum, que j'ai parfois déchiré dans une grande étendue.

Récemment, avec mon ami et collègue M. Quénu, je me suis trouvé en présence d'un cas de ce genre : femme jeune encore, ayant depuis plus de dix années des lésions ayant déterminé des abcès successifs ouverts dans l'intestin et le vagin. Avec une peine inouïe, je suis arrivé à enlever les ovaires et les trompes malades. Les tissus étaient tellement infiltrés que je n'ai pu faire une seule ligature sérieuse, d'abord parce qu'ils saignaient à peine, de plus parce que toute ligature serrée sectionnait les tissus. Or, après quelques jours, ma malade a succombé à une hémorrhagie persistante par les nombreux vaisseaux des tissus déchirés et dissociés.

Dans ce cas, j'admets parfaitement l'intervention par la voie vaginale avec extirpation de l'utérus. Mais ces faits sont exceptionnels, et il n'est pas toujours facile de les bien déterminer, car il s'agit d'un diagnostic difficile, même avec des ponctions exploratrices, et qu'on ne peut faire reposer que sur l'ancienneté du mal, l'existence de poches purulentes et d'une infiltration de tout le petit bassin, immobilisant absolument l'utérus et les annexes en une masse solide ou demi-solide, fluctuante ou ramollie par places.

C'est, en fait, un diagnostic de probabilité, mais non de certitude absolue, comme on vient de le dire dans le courant de la discussion. N'ayant pas de fait personnel à vous exposer, permettez-moi, messieurs, d'argumenter mon ami et collègue le Dr Segond sur les observations qu'il a relatées dans sa communication, observations encore bien incomplètes et dont je n'ai pu prendre connaissance que ce matin même [1].

Je tiens à faire remarquer que les observations que j'ai à discuter ici sont fort abrégées, que ce sont plutôt des indications que des observations, d'où l'insuffisance relative mais fatale de mes objections.

Dans une première série, je place cinq observations, dans lesquelles M. Segond a opéré des salpingites catarrhales ou autres non suppurées et enlevé des ovaires scléro-kystiques. Ce sont les observations IV, V, XI, XV et XXI ; toutes ces malades ont heureusement guéri.

Or, messieurs, dans ces cinq cas, je conteste absolument l'emploi de cette méthode. En vingt minutes, par la laparotomie, on peut, comme je l'ai fait encore ce matin, enlever des ovaires scléro-kystiques et des trompes atteintes de catarrhe ou hypertrophiées. Y ajouter une ablation de l'utérus, c'est à mon avis compliquer une opération simple et par conséquent la rendre plus sérieuse. Donc, sans conteste, je crois dans ce cas devoir absolument rejeter l'hystérectomie préalable.

Dans deux autres observations (Obs. VIII et XVIII) M. Segond a pratiqué l'hystérectomie et l'ablation des annexes pour remédier à des rétrodéviations adhérentes, avec ovaires scléro-kystiques. Les deux opérations ont donné deux guérisons.

Ici encore, messieurs, je ne puis accepter la manière de procéder de notre collègue. J'ai, pour la première fois en France, pratiqué l'hystéropexie antérieure pour des rétrodéviations adhérentes ; or, je crois que dans les deux cas signalés ci-dessus il eût été plus logique de faire une laparotomie, l'ablation des ovaires scléro-kystiques et l'hystéropexie. L'opération est fort simple, facile, sûre ; puis, il faut bien le dire, le diagnostic des ovaires scléro-kystiques n'est pas tellement évident qu'on ne puisse se tromper, et dans quelques cas on pourra, comme je l'ai fait, se contenter de l'hystéropexie et conserver les deux ovaires. Nombre de grossesses ont été signalées à la suite de cette opération, dont la valeur ne me paraît pas devoir être mise en parallèle avec l'ablation de l'utérus.

C'est là un procédé d'un radicalisme qui m'effraye, et que je ne puis accepter en principe.

[1] *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, numéro de mars 1891, p. 164-167.

En résumé, sept fois sur les vingt-trois cas de M. Segond, la voie abdominale ne me paraît pas discutable, et l'hystérectomie est une complication fort inutile sinon dangereuse, surtout entre des mains moins habiles que celles de notre collègue.

J'arrive maintenant à une troisième série de faits, se rapportant aux doubles pyo-salpingites suppurées, traitées par l'hystérectomie et l'ablation totale des organes annexes, trompes et ovaires. Ce sont les observations I, X, XIV, XVI, XXII et XXIII.

Dans tous ces cas, l'hystérectomie a pu être suivie de l'enlèvement des annexes, c'est dire que l'opération a été relativement facile, autant que peut être facile une opération de ce genre.

Sur les 6 opérations, il y a 1 décès (Obs. XIV) chez une femme atteinte de tuberculose suppurée des annexes.

Peut-on, ici, repousser absolument la manière de faire préconisée par M. Péan et suivie par M. Segond? Je ne le crois pas; je pense que la question peut être discutée, voire même expérimentée. La laparotomie pratiquée dans ces circonstances, qu'il faut bien spécifier : *Annexes et ovaires seuls suppurés*, la laparotomie, dis-je, aurait donné les mêmes résultats (5 sur 6); aussi, peut-être par atavisme, peut-être plutôt par routine, je préfère, ici encore, la laparotomie; elle donne certainement quelques insuccès, mais, dans ces conditions, ils sont trop rares pour faire condamner sans appel cette intervention dans les pyo-salpingites suppurées et lui substituer l'hystérectomie préalablement à l'ablation des annexes.

Ici donc, bien que j'admette la discussion, je conclus encore en faveur de la laparotomie contre l'hystérectomie, suivie d'ablation des annexes.

A cette troisième série de faits, on peut, je pense, ajouter une observation de double hémato-salpingite, avec foyer purulent à gauche. M. Segond fit l'hystérectomie, l'ablation des annexes à gauche et l'évacuation d'une collection à droite. En fait, l'opération fut incomplète, car les annexes furent laissées à droite. La malade guérit. Mais je vous avoue n'avoir pas une idée assez nette de ce fait, aussi abrégé, pour pouvoir le discuter ici. Je puis le considérer comme un fait intermédiaire entre la série précédente et la série suivante.

Celle-ci comprend les pyo-salpingites doubles, suppurées, avec pelvi-péritonite suppurée. Dans ces circonstances, et il s'agit de 6 observations (II, VII, IX, XII, XIII, XIX), l'intervention a été pénible, puisque quelques opérations ont duré jusqu'à deux et trois heures même. J'ajouterai que la signature de cette difficulté est bien accusée par ce fait, que M. Segond n'a pu faire l'ablation des annexes après l'hystérectomie et qu'il a dû se contenter d'ouvrir

des poches purulentes péri-utérines. En fait, il a pratiqué 6 opérations incomplètes: j'accepte que la guérison peut suivre une opération incomplète, mais enfin l'opération complète est certainement préférable. Mais, en outre, ces 6 opérations ont donné 3 morts; pour améliorer cette statistique, on peut même y ajouter l'observation VI, dans laquelle M. Segond put faire l'ablation complète d'un côté, se bornant à ouvrir une poche purulente de l'autre côté; il n'en reste pas moins : 4 guérisons et 3 morts.

Sachez bien, messieurs, que je suis loin de critiquer ce résultat; on a affaire, dans ces circonstances, à des accidents graves, l'intervention est fatalement grave et le résultat aléatoire.

Je dirai plus, c'est que, dans ces cas, en agissant par la voie abdominale, il est bien probable qu'on n'aurait pas eu de meilleure statistique; aussi, sans hésiter, je conclus que, dans ces circonstances, on est autorisé à suivre la pratique de M. Péan, vantée par M. Segond; cette pratique ne nous paraît pas plus grave que celle de la laparotomie; peut-être même donne-t-elle de meilleurs résultats; aussi, je le répète, est-on autorisé à la défendre et à l'expérimenter.

Pour mon compte, je suis tout prêt à le faire, dès que l'occasion se présentera, mais je crois cette occasion relativement rare.

Pour en finir avec les observations de notre collègue M. Segond, il me reste deux opérations faites dans des conditions toutes spéciales, dont la relation est d'ailleurs trop abrégée pour fournir des éléments de discussion suffisants, au moins dans l'observation XX.

Il s'agissait d'une pelvi-péritonite suppurée rétro-utérine avec fibromes interstitiels; notre collègue fit l'ablation de l'utérus par morcellement, enleva les annexes et évacua le pus; la malade guérit.

C'est, vous le voyez, un cas complexe, se rapprochant des précédents, car il est probable qu'avec la pelvi-péritonite il existait des lésions inflammatoires des annexes, lésions probablement suppurées. En fait, l'intervention est ici fort acceptable et les éléments d'une discussion sont trop insuffisants pour la poursuivre avec quelque fruit.

Enfin, dans l'observation XVII, M. Segond a opéré une femme à laquelle on avait déjà fait l'ablation des annexes, et qui présentait des suppurations pelviennes persistantes.

Ici, la question est plus facile à résoudre. Je crois que M. Segond a fort bien fait de pratiquer l'hystérectomie, qui ouvrait largement les foyers pelviens; je dirai même que je considère cette conduite comme la seule rationnelle à suivre dans ces circonstances, et le succès obtenu par notre confrère vient à l'appui de cette opinion.

Messieurs, je me résume :

Dans les salpingites suppurées doubles, avec ovaires kystoscléreux, il ne faut pas faire l'hystérectomie, il faut continuer à pratiquer la laparotomie.

Les mêmes conclusions sont applicables aux rétro-déviations avec ovaires scléro-kystiques. La laparotomie, l'ablation des annexes et l'hystéropexie doivent être pratiquées comme opération de choix.

Dans les doubles pyo-salpingites, peut-être aussi dans les doubles hémato-salpinx avec foyers purulents, la question devient discutable. Toutefois, par suite de mon éducation et de mon expérience, j'incline absolument, dans ces cas, pour la laparotomie et je regarde l'hystérectomie préalable comme une véritable complication opératoire.

Lors de pyo-salpingites doubles avec pelvi-péritonite suppurée, je crois l'hystérectomie, suivie de l'ouverture des poches purulentes, une opération fort acceptable et certainement grave, dont la valeur doit être expérimentée, l'intervention par la laparotomie donnant des résultats assez peu encourageants.

Enfin, lors de pelvi-péritonites suppurées persistant après l'ablation des annexes, il me semble tout à fait indiqué de pratiquer l'hystérectomie pour donner largement issue aux collections pelviennes.

M. Lucas-Championnière. Je n'ai pas le droit de faire une critique bien complète de l'opération proposée par M. Péan, ne l'ayant pas pratiquée, je me bornerai à faire quelques réflexions à son égard.

J'admets parfaitement l'opération lorsque l'on se trouve en présence d'une malade chez laquelle il s'est produit une pelvi-péritonite étendue, avec poches anfractueuses. L'hystérectomie crée une large voie de drainage dont j'apprécie fort bien les avantages; aussi, depuis les communications de M. Péan, ai-je cherché des malades dans ces conditions, auxquelles l'opération eût été applicable. Or, je n'ai pu trouver un seul cas dans ces conditions.

En présence de ce résultat, j'avoue que j'ai été étonné de la quantité d'opérations qu'a pratiquées M. Segond; je trouve là un certain excès, et c'est surtout contre cet excès que je veux m'élever.

Je crois que l'ouverture simple des abcès pelviens par le bassin est une opération souvent très suffisante, et dont les résultats fonctionnels sont, en tous les cas, bien supérieurs à ceux qui suivent une hystérectomie ; aussi est-il fort probable que si j'avais eu à soigner les malades dont nous a parlé M. Segond, un grand nombre eussent été traitées par cette seule méthode.

De même, je considère que, lorsqu'elle est possible, l'ablation directe, après laparotomie, des abcès des trompes ou des ovaires donne des résultats très favorables, même quand on ne peut enlever toute la poche, à la condition de bien désinfecter la région. Ces opérations, en outre, sont bien moins difficiles que l'hystérectomie totale, et je suis très convaincu également que, parmi les malades de M. Segond, un grand nombre, susceptibles de guérir par la laparotomie, étaient parfaitement justiciables de cette dernière.

Un autre avantage de la laparotomie consiste dans la possibilité de détruire de nombreuses adhérences de l'épiploon, de l'intestin. Or, l'on sait que ces adhérences jouent un rôle des plus importants dans les troubles fonctionnels éprouvés par la malade. La possibilité de rompre ces adhérences ne se rencontre pas, au même titre tout au moins, avec l'hystérectomie.

M. Segond nous dit que, chez ses malades, des résultats satisfaisants ont été obtenus avec rapidité, même lorsque la lésion était très prononcée. Cela ne m'étonne nullement, car ces choses se passent toujours ainsi, quelle que soit la méthode employée. Il est certain que si une femme est très malade au moment de l'opération, les bons résultats se feront d'autant mieux sentir lorsqu'elle sera guérie de l'opération.

En ce qui concerne les suites éloignées des deux opérations, on comprend qu'il soit encore impossible de se prononcer en ce qui concerne l'opération de Péan, encore trop récente pour que l'on ait pu observer des malades opérées depuis un temps suffisant.

La nécessité d'attendre très longtemps pour apprécier de semblables résultats m'a été plusieurs fois démontrée, entre autres sur une malade à laquelle j'avais fait l'opération de Porro. Elle sortit de l'hôpital parfaitement guérie, mais au bout de quelques mois je la revis avec des accidents assez sérieux.

Je n'insisterai pas sur le parallèle de la mortalité des deux opérations. On ne peut juger ces questions sur un petit nombre de faits, surtout si l'on songe qu'ils diffèrent essentiellement les uns des autres, mais une grosse objection est relative au diagnostic.

Nous savons tous combien il est rare de faire une opération abdominale avec un diagnostic précis. On établit des nécessités opératoires, on ouvre le ventre et l'on se comporte suivant les lésions que l'on trouve. S'il n'y a que des adhérences, on se contente de les détruire ; s'il n'y a qu'un ovaire pris, on se contente d'enlever celui-ci. Bref, une fois le ventre ouvert, l'opération que vous faites peut être réduite au minimum nécessaire. Les choses sont tout autres avec l'hystérectomie ; quelle que soit la lésion, l'opération reste toujours identique à elle-même, c'est-à-dire qu'elle

aura toujours la même gravité, que la lésion présentée par la malade soit complexe ou qu'elle ne le soit pas.

M. Paul Reynier. Je ne tiens à dire ici que quelques mots. La discussion se prolonge, et j'en félicite mon ami Segond ; car cette longue discussion montre tout l'intérêt que nous avons pris à sa communication.

Si peu d'entre nous ont eu déjà l'occasion de traiter les suppurations pelviennes par le procédé qu'il préconise à la suite du Dr Péan, beaucoup d'entre nous se sont dit en l'écoutant qu'il y avait là une opération nouvelle méritant d'être prise en considération ; car cette opération paraissait devoir rendre service dans un certain nombre de cas.

Ces cas, M. Bouilly les a très nettement indiqués : ce sont ces lésions d'annexes, compliquées de poussées de pelvi-péritonite, qui ont amené la confusion des organes du bassin entre eux, ou encore les abcès péri-utérins, qui nécessitent notre intervention après leur ouverture spontanée dans le rectum ou la vessie.

Dans ces circonstances exceptionnelles, l'hystérectomie vaginale semble s'offrir à nous comme une opération recommandable.

Nous savons, en effet, que le mieux est alors de se contenter d'évacuer largement la collection purulente, sans essayer d'enlever les parois du foyer. L'expérience nous a appris que le plus grand nombre des succès ont été obtenus par ceux qui ont suivi cette conduite.

L'ablation de l'utérus, en permettant d'aborder ces collections péri-utérines mal limitées, a l'avantage d'ouvrir, dans une position déclive, largement la voie par où le pus doit s'écouler.

Aussi, si M. Segond nous avait parlé de l'hystérectomie vaginale comme ne devant être pratiquée que dans ces cas exceptionnels, je crois que peu d'entre nous auraient, comme M. Pozzi, repoussé complètement cette opération.

Mais M. Segond est allé plus loin ; il nous dit que l'opération est indiquée « toutes les fois que l'ablation bilatérale des annexes s'impose », par suite, dans tous les cas de salpingite catarrhale, pyosalpinx, voire même ovaires kystiques et adhérents.

Formulée ainsi, je ne saurais accepter sa proposition. Pour éviter une cicatrice de peu d'importance quand il s'agit de la vie d'une malade, il préconise une opération qui est plus dangereuse que la laparotomie, si j'en juge par sa statistique.

Sur 23 opérées, il a eu 4 morts; or, M. Bouilly n'a eu, sur 30 laparotomies pour lésions des annexes, que 4 morts, M. Richelot 4 sur 30, et moi-même cette année, sur 32 laparotomies pour lésions des

annexes consistant presque toutes en salpingites hémorrhagiques ou pyosalpinx, que 2 morts.

De ces deux morts une s'est produite six heures après l'opération, par choc chloroformique, chez une femme atteinte de rétrécissement mitral, sur laquelle l'opération avait été longue et laborieuse. La seconde est survenue par péritonite septique. Il s'agissait d'une pyosalpingite adhérente, ouverte antérieurement dans le rectum. Cette femme était étrangère, ne parlait pas français; nous n'avons pas pu faire le diagnostic de la fistule rectale, qui fut mise à découvert en détruisant les adhérences qui fixaient la trompe. Par l'orifice rectal des matières fécales s'échappèrent, et infectèrent le péritoine, malgré un lavage abdominal longtemps prolongé, et le drainage consécutif.

Évidemment, dans ce cas, l'hystérectomie vaginale aurait été préférable à la laparotomie. Mais c'est le seul cas, sur mes 32 interventions, où je regrette de ne pas y avoir eu recours.

Comparée en effet à la laparotomie, l'hystérectomie vaginale paraît, comme opération, devoir donner des résultats bien moins satisfaisants pour le chirurgien.

Comme l'a fait remarquer M. Pozzi, dans la grande majorité des cas, l'opération du Dr Péan doit être une opération incomplète.

Dans les cas graves c'est intentionnellement, comme je l'ai dit plus haut, qu'on fait cette opération incomplète. On se contente, après l'ablation de l'utérus, d'ouvrir avec le doigt les foyers purulents les plus accessibles, et ceux qu'on n'a pu atteindre s'ouvrent plus tard dans la cavité créée par l'ablation de l'utérus.

Mais dans les cas simples, où la laparotomie réussit toujours à enlever complètement les lésions, M. Segond peut-il affirmer qu'il sera sûr d'obtenir toujours les mêmes résultats ? J'en doute. Les annexes ne sont le plus souvent pas à la même hauteur ; lorsque l'une, occupant le fond de la cavité pelvienne, est accessible par le vagin, souvent l'autre est élevée, perdue au milieu de la masse intestinale, et doit facilement échapper à la main qui la cherche. Que de fois on doit être obligé de renoncer, dans la crainte de faire trop de dégâts, de laisser ainsi une annexe malade, qui nécessitera plus tard une nouvelle opération ! et cette fois ce sera la laparotomie.

Ce sont là les quelques considérations, auxquelles s'ajoutent toutes les observations de MM. Bouilly et Richelot sur la difficulté du diagnostic, la possibilité d'enlever les plus grosses salpingites par la laparotomie, observations que confirment celles que je tire de ma pratique personnelle, qui font que je m'associe aux réserves formulées par MM. Bouilly, Richelot et Terrier. Et je termine en disant que la castration utérine pour lésions des annexes

est une opération qui peut s'appliquer à des cas exceptionnels, mais qui ne saurait être une méthode de choix à opposer à la laparotomie.

Lectures.

M. Tuffier lit une observation de *grossesse extra-utérine.* (Commission : MM. Polaillon, Désormeaux, Terrillon, rapporteur.)

M. Verchère lit un travail sur un cas d'*épilepsie jacksonienne traitée par la trépanation large, et suivie de guérison* (Commission : MM. Marchand, Schwartz, Terrier, rapporteur).

Présentation de malades.

1° *Trépanation.*

M. Février présente un malade dont il a lu l'observation dans la séance du 4 février 1891, et sur lequel M. le Dr Gérard-Marchant doit présenter un rapport.

Il s'agit d'un jeune homme qui, huit ans après un traumatisme du crâne et lorsqu'il était déjà incorporé dans l'armée depuis dix-huit mois, fut pris très rapidement de paralysie avec contracture et anesthésie du membre supérieur gauche, et de parésie du membre inférieur du même côté.

Une large trépanation au niveau du point enfoncé fit disparaître en quinze jours tout accident.

Il exerce aujourd'hui le métier de couvreur.

2° *Synovite tuberculeuse.*

M. Prengrueber. J'ai eu l'occasion d'opérer, il y a deux ans, un malade atteint d'une énorme synovite à grains riziformes du dos de la main ; le malade étant revenu me voir, je vous le présente, parce que son cas me paraît offrir un réel intérêt au point de vue des résultats éloignés de ce genre d'opérations.

La lésion était, ai-je dit, très étendue, elle remontait en haut jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras, et occupait en bas la moitié du dos de la main, elle était pleine de grains riziformes, enfin la synoviale était épaissie, tomenteuse. J'en fis l'ablation totale, ce qui m'obligea à mettre à nu et à disséquer dans une

hauteur de 15 à 20 centimètres, huit à dix des tendons extenseurs des doigts.

Ces tendons furent, par le fait de cette opération, complètement séparés de tous les tissus voisins, on pouvait passer dessous une sonde cannelée, et les soulever comme on le fait à l'amphithéâtre d'anatomie, lorsque l'on étudie cette région après l'avoir disséquée. La peau fut ramenée sur la région suturée, et, grâce à une antisepsie rigoureuse, le malade guérit et sortit de l'hôpital.

A ce moment je craignais fort pour la mobilité future des tendons, complètement privés de synoviale, et en rapport direct avec le tissu cellulaire sous-cutané. Je craignais, en outre, une récidive, l'aspect de la synoviale enlevée, l'existence d'autres foyers tuberculeux sur ce malade ne pouvant laisser aucun doute sur la nature bacillaire de l'affection. Or, comme vous pouvez le voir, les choses se sont comportées bien mieux que je n'aurais pu l'espérer. La peau qui recouvre les tendons dénudés est aussi mobile qu'à l'état normal, enfin les tendons fonctionnent comme si le malade n'avait subi aucune opération. Il s'est reformé, aux dépens des mailles du tissu cellulaire qui entourait ces tendons, de nouvelles synoviales absolument parfaites.

Mais ce n'est pas tout : le malade, ai-je dit, était tuberculeux ; depuis que je l'ai perdu de vue, son coude est devenu le siège d'une tumeur blanche, pour laquelle je vais lui faire une résection. La synoviale de la main et de la partie antérieure de l'avant-bras, du côté opposé à la lésion que j'ai opérée, est devenue à son tour le siège d'une nouvelle synovite à grains riziformes que j'opérerai également. Bref, chez ce malade, la tuberculose a évolué et s'est même fort aggravée pendant les deux années qui viennent de s'écouler. Et cependant, au niveau de la région que j'ai opérée, aucune trace de récidive.

Ce fait nous montre :

1° Que la dénudation des tendons, quelque étendue et quelque complète qu'elle puisse être, ne compromet pas leur fonctionnement, lorsque l'antisepsie a été complète et que la guérison s'est produite par première intention;

2° Que l'ablation complète d'un foyer tuberculeux, fût-il très étendu, peut guérir et ne pas récidiver, alors même que le malade est en puissance de tuberculoses locales multiples en pleine évolution.

3° *Tumeur congénitale.*

M. Kirmisson présente un jeune garçon de 8 ans, atteint d'une tumeur congénitale de la région temporale droite. Cet enfant a

déjà été soumis par lui à la Société en 1883 (1), et l'avis général des membres présents a été qu'il fallait s'abstenir. La tumeur de la région temporale n'a pas augmenté de volume ; elle aurait plutôt légèrement diminué ; quant au prolongement sous-conjonctival, depuis un coup que l'enfant a reçu d'un de ses camarades il y a un mois environ, il a considérablement augmenté. Il forme aujourd'hui entre les paupières un bourrelet rougeâtre et saignant facilement sous l'influence des moindres attouchements. C'est pour cela que la mère a représenté l'enfant à notre examen. La tendance aux hémorrhagies dans le prolongement sous-conjonctival, des bosselures très dures au-dessous de la portion temporale de la tumeur, semblent dénoter la présence d'éléments angiomateux; du reste, il n'existe aucune expansion ni aucun battement. La santé générale de l'enfant ne laisse rien à désirer. Dans ces conditions, nous nous proposons de l'opérer prochainement.

Cette conclusion est appuyée par ceux des membres présents de la Société qui examinent la tumeur.

Présentation de pièce anatomique.

M. SCHWARTZ. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un *appendice cæcal* que j'ai enlevé hier matin.

Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, atteint depuis quatorze mois d'accidents douloureux dans la fosse iliaque droite, en poussées survenant tous les mois chaque fois qu'il voulait se remettre à son travail. Une nouvelle et dernière poussée consistait en douleurs excessivement violentes sous forme de coliques très vives, constipation, nausées. Lorsque je vis ce malade pour la première fois au mois de février, il était dans une période de calme. L'examen nous fit constater nettement dans la fosse iliaque droite et transversalement couchée une tumeur allongée, grosse comme le petit doigt, très douloureuse à la palpation, surtout en dehors, et plus dure en un point. Je diagnostiquai une appendicite à répétitions avec corps étranger probable et dilatation kystique de l'appendice.

Le jeune malade me demandait absolument d'intervenir. C'est ce que j'ai fait hier. Laparotomie par une incision commençant au-dessus de la crête iliaque et suivant jusqu'au milieu de l'arcade crurale à un travers de doigt au-dessus d'elle. J'arrivai rapide-

[1] Voyez *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, séance du 25 juillet 1883, p. 656.

ment sur le cæcum, puis sur la tumeur, qui se continuait avec lui et n'était autre que l'appendice iléo-cæcal épaissi, adhérent par toute son extrémité à la fosse iliaque, tandis que la partie cæcale était libre dans la cavité péritonéale. Il nous fut facile de sentir dans l'extrémité de l'appendice un point dur, mobile; c'était nettement un corps étranger. Détachement des adhérences et libération complète de l'appendice. Section à un demi-centimètre du cæcum. Sutures de Lembert sur le petit moignon désinfecté à l'eau phéniquée forte, avec de la soie. Il est fixé par un fil en anse et amené au dehors contre la paroi abdominale, pour que, si une infection quelconque se produisait à ce niveau, l'on pût immédiatement retrouver le corps du délit. Suture de la paroi en étages, au catgut, péritoine, muscles, aponévrose. Suture de la peau au crin de Florence. Pas de drainage.

Voici la pièce : c'est un appendice en massue, long de 6 à 7 centimètres, à parois épaissies, présentant dans son extrémité un corps étranger très dur, allongé, ressemblant à un pepin d'orange, et qui n'est probablement qu'un calcul fécal. L'examen ultérieur en sera fait.

Présentation d'instrument.

M. Paul Reynier présente une pince à forcipressure pour hystérectomie vaginale, que M. Gudendag a construite sur ses indications. Cette pince diffère par son mode de fermeture de celles dont on se sert généralement pour saisir le ligament large et les laisser à demeure. La crémaillère, qui sert à fermer la pince, est disposée de telle sorte qu'on peut, en pressant légèrement dessous, desserrer les mors, sans éprouver les difficultés qu'on rencontre avec les pinces ordinaires, lorsqu'on veut les enlever au bout de 48 heures.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

G. Richelot.

Séance du 25 mars 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Des lettres de MM. Berger et Quénu, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Zésas (de Zurich), accompagnant l'envoi de plusieurs mémoires de chirurgie ;

4° Un mémoire de M. Leprévost, intitulé : *État actuel de l'Assistance publique au Havre ;*

5° Un mémoire de M. Alfredo da Costa, intitulé : *Reflexões sobre a technica da gastrostomia ;*

6° Les fascicules 4 à 7 du *Bullettino della Reale Accademia medica di Roma.*

A propos du procès-verbal.

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. Paul Reclus. Si je prends la parole dans cette discussion ou tout paraît avoir été déjà dit, c'est que je suis, avec mon collègue Nélaton, le seul qui accepte, à peu près dans toute leur étendue, les conclusions de M. Paul Segond : comme lui, je crois l'hystérectomie préliminaire indiquée dans les cas où les altérations des annexes sont *nettement* et *franchement* bilatérales. Je dis « franchement et nettement », car le diagnostic est souvent difficile, et, d'après moi, le doute doit profiter à la laparotomie et exclure l'hystérectomie.

I. — D'un accord à peu près unanime, les précédents orateurs ont divisé les altérations des annexes en trois groupes : les pelvi-péritonites où l'inflammation diffuse remplit le petit bassin presque tout entier de ses exsudats et de ses adhérences ; les ovaro-salpingites volumineuses et adhérentes, et enfin les salpingites petites et peu adhérentes. Pour la thérapeutique des altérations du premier groupe, il ne paraît point y avoir de divergences, et tous ici nous reconnaissons que la laparotomie est insuffisante ou dangereuse. Elle est insuffisante si l'on se contente d'ouvrir les poches et de les drainer, d'abord parce qu'on a des chances sérieuses d'oublier quelque cavité qui continue à infecter l'organisme, et puis les néomembranes épaisses et rigides, qui forment comme une cloison résistante au niveau des intestins, ne s'affaissent pas ; il reste un cloaque béant où la suppuration qui s'éternise finit par épuiser la malade.

J'ai traité trois femmes atteintes de suppurations pelviennes anciennes, à néomembranes épaisses, par l'ouverture des poches purulentes, leur lavage et leur drainage, et les résultats ont été détestables : deux sont mortes, l'une au bout de quatre et l'autre au bout de six mois, à la suite de complications hépatiques et rénales consécutives à la suppuration prolongée ; la troisième vit encore, elle est même fort bien portante à cette heure, près de quatre ans après mon intervention, mais elle a au-dessus du pubis une fistule intarissable et malpropre. L'orifice cutané aurait la plus grande tendance à se refermer ; mais cette oblitération reconstituerait sûrement une poche purulente intra-pelvienne qui deviendrait rapidement dangereuse ; aussi avons-nous mis à demeure dans la fistule un gros tube de verre qui la maintient ouverte.

Si l'on ne se contente pas de cette opération insuffisante, si l'on veut extirper les néomembranes, l'intervention devient fort dangereuse ; il faut faire une véritable décortication du petit bassin, où l'on risque d'ouvrir les anses de l'intestin grêle, le rectum ou la vessie. J'ai pratiqué une opération de ce genre, justement avec l'aide de M. Segond : il s'agissait d'une femme jeune encore, mais d'un énorme embonpoint ; après avoir ouvert le péritoine épaissi, nous avons difficilement décollé les anses intestinales englobées dans l'épiploon scléreux et vasculaire ; les trompes volumineuses étaient entourées de poches purulentes qui se crevaient au fur et à mesure de notre décortication ; de gros vaisseaux se déchiraient sous nos doigts et leurs parois étaient si friables qu'elles s'écrasaient sous les fils à ligature ou les pinces ; aussi notre drainage à la Mikulicz fut-il plutôt un tamponnement pour tarir l'hémorrhagie qu'un drainage véritable, et, trois jours après, notre opérée était morte. L'hystérectomie vaginale, si son application à ces suppu-

rations diffuses avait été connue à cette époque, aurait eu des chances sérieuses de la sauver.

Mais je n'insiste pas, car nous sommes tous d'accord et, sauf peut-être M. Pozzi, tous nos collègues ont admis que l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix dans les suppurations diffuses qui ont envahi le petit bassin. Encore faut-il qu'elles soient anciennes et de marche vraiment chronique. En effet, il y a des cas de suppurations aiguës où de vastes collections se forment tout autour de l'utérus et de ses annexes et qui guérissent fort bien par la laparotomie et le drainage. Je ne sais si, en pareil cas, l'infection se fait par la voie muqueuse, en suivant les trompes qu'elle altère à peine, tandis que les lésions principales se font dans le péritoine, ou s'il faut invoquer la propagation par les lymphatiques chère à notre collègue M. Championnière ; mais je sais que pour ces suppurations, véritables abcès aigus, la laparotomie sus-pubienne avec drainage à droite et à gauche de l'utérus m'a donné, dans quatre cas, quatre succès remarquables que je me propose de communiquer au prochain congrès de chirurgie.

II. — La plupart de nos collègues repoussent l'hystérectomie préliminaire dans les cas de notre seconde catégorie, dans les ovaro-salpingites volumineuses et adhérentes : ils prétendent que la laparotomie est plus complète et moins aveugle ; on ne se contente pas d'ouvrir une poche purulente, on en décortique les parois pour les énucléer, et l'on ne laisse pas dans le ventre des débris qui provoqueront des douleurs et des suppurations nouvelles. Pour nous, nous croyons au contraire l'extirpation des tumeurs volumineuses et adhérentes plus complète par la voie vaginale. Par la voie abdominale, en effet, on est gêné par les anses intestinales qui s'emmêlent dans les doigts ; on insinue bien pour les écarter une éponge plate ou une compresse aseptique, mais on ne réussit pas toujours et on rétrécit d'autant le champ opératoire déjà trop étroit ; on a beau dire, l'opération reste aveugle ; on voit mal ou l'on ne voit pas du tout.

Et puis des débris des annexes peuvent rester adhérents aux ligaments larges ou à l'utérus. Le plus souvent et grâce à l'habitude que nous avons tous maintenant de ces opérations devenues banales, on fait une ablation complète ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et récemment dans l'extirpation d'un hématosalpinx bilatéral et suppuré, j'ai dû laisser sur la face postérieure de l'utérus la paroi déchirée d'une trompe trop friable ; j'ai pratiqué le drainage ; tous les accidents ultérieurs ont été évités, et mon opérée est maintenant guérie ; mais cette observation s'ajoute à toutes celles qui prouvent que, par la voie abdominale, l'extirpation totale est loin d'être une règle sans exception. Or, si l'on est forcé de laisser des débris, si

l'opération est incomplète, s'il faut drainer, combien je préfère le drainage inférieur qui mène naturellement les liquides au dehors par les seules lois de la pesanteur et par un large hiatus autrement favorable à l'écoulement que le goulot étranglé, la boutonnière de la paroi abdominale !

D'ailleurs, il arrive souvent que, au cours de l'opération, des poches purulentes sont ouvertes ; il faut en absorber le liquide septique et en essuyer les parois avec des éponges qu'on retirera par le haut au risque de souiller les anses intestinales toujours disposées à envahir le petit bassin. Certainement, la plupart du temps, avec un peu d'adresse et beaucoup d'attention, on obvie à ces difficultés. Mais elles existent et on en tiendra compte. Je sais bien que M. Delagénière vient d'insister sur les bénéfices que l'on retire en pareil cas de l'opération pratiquée sur un plan incliné, la tête en bas ; les intestins, entraînés par la pesanteur, abandonnent le pelvis, où le chirurgien manœuvre à son aise. La lecture de ses huit observations nous a beaucoup frappé ; mais cette méthode fort rationnelle ne s'est pas encore vulgarisée, et nous ne savons pas ce qu'elle donnera à l'usage.

Nous venons de pratiquer l'opération de Péan pour une double ovaro-salpingite voluminense, ancienne et suppurée, et nous avons été frappé de ses avantages incontestables. Dès que, par le morcellement, l'utérus a été enlevé, l'espace qu'il laissait a été pour ainsi dire envahi par la tumeur, qui s'est placée d'elle-même dans le champ opératoire ; elle s'est présentée à nos yeux et s'est mise sous nos doigts et sous nos instruments. Nous avons d'abord ouvert plusieurs kystes séreux dont le liquide s'échappait par déclivité dans le vagin, puis nous avons aperçu les annexes droites distendues par le pus ; la pince qui étreignait la trompe et le ligament ovarien nous permettait de les attirer facilement, de les saisir et de les extirper. A gauche, les organes épaissis, friables, adhérents au ligament large, ne venaient que par lambeaux ; les adhérences étaient telles que nous n'avons pas craint d'introduire la main dans le petit bassin pour détacher les néomembranes avec une facilité bien supérieure à celle que nous avions rencontrée dans nos laparotomies. Il ne nous restait plus qu'à drainer, avec une bande de gaze iodoformée, la plaie encombrée déjà par une dizaine de pinces à forcipressure.

Les suites de l'opération ont été des plus simples ; il n'y a pas eu la moindre élévation de température ; nous avons surtout été frappé de l'absence de choc après une intervention qui avait duré plus d'une heure ; le second jour il y eut un peu de rétention de gaz, mais elle disparut dès que les pinces eurent été enlevées. Au cours de l'intervention nous avions eu cependant un incident fort en-

nuyeux ; nous avions saisi par mégarde et tiré sur une des pinces qui étreignaient le ligament large ; la pince a dérapé, et nous avons eu quelque peine à ressaisir les vaisseaux et à les oblitérer. Mais ce désagrément que nous saurons éviter une autre fois, nous a paru plus que compensé par la facilité relative que nous avons eue à extirper par le vagin les ovaires suppurés, les trompes adhérentes et les poches séreuses adjacentes. Cette assertion paraît peut-être paradoxale, mais peu de jours auparavant nous avions pratiqué, avec un grand succès thérapeutique d'ailleurs, une opération semblable par la laparotomie, et les manœuvres d'extirpation nous avaient paru beaucoup plus délicates. Aussi, pour nous, dans cette deuxième catégorie de faits, dans ces altérations bilatérales anciennes et volumineuses des annexes adhérentes, l'opération de choix est l'hystérectomie vaginale.

III. — Est-elle encore l'opération de choix dans la troisième catégorie, lorsque les lésions des annexes sont bilatérales, mais peu volumineuses et probablement peu adhérentes? Et remarquez que je dis *lésions*, car qu'il s'agisse de pyosalpinx, de salpingite catarrhale, d'hémato-salpinx ou de dégénérescence scléro-kystique, l'indication nous semble toujours la même, si les organes reproducteurs sont définitivement perdus pour la fonction. Ici notre embarras commence : tout d'abord nous instituons, bien entendu, un traitement médical sérieux et prolongé dont le fond est un curetage, lorsqu'il existe des signes d'endométrite, le drainage utérin, des injections antiseptiques et des lavements à la température de 55 degrés environ et conservés dans le rectum pendant 20 ou 30 minutes. Mais cette thérapeutique, qui réussit quelquefois, échoue le plus souvent, et nous devons alors choisir entre la laparotomie et l'hystérectomie.

Si j'étais sûr, absolument sûr du diagnostic « fonctionnel », si j'étais sûr, absolument sûr que les annexes sont perdues pour la reproduction, j'aurais, pour ma part et tout en comprenant fort bien la conduite opposée de mes collègues, recours à l'hystérectomie ; d'abord parce que je la considère comme plus longue peut-être, mais comme aussi facile que la laparatomie. Je n'oserais point énoncer cette proposition, fort contestée au sein de la Société, sur la foi de ma seule observation personnelle ; mais depuis plusieurs semaines j'ai vu pratiquer mon collègue Segond, et je dois dire que, sauf dans un cas où une légère hémorrhagie a un peu compliqué l'intervention, j'ai été très frappé de la rapidité avec laquelle dans les cas d'utérus mobile et abaissable, la matrice était morcelée et extirpée. L'opération alors est relativement facile. Ensuite et surtout, elle est vraiment bénigne, aussi bénigne que la laparotomie dans les cas correspondants, et je laisse à

M. Segond le soin de vous en donner la démonstration péremptoire.

Si donc je suis sûr, d'une part, que les annexes sont perdues pour la fonction et si, d'autre part, j'admets que l'hystérectomie préliminaire est aussi facile et surtout aussi bénigne que la laparotomie, des raisons de moindre valeur, des arguments de second ordre me suffiront alors pour faire pencher la balance en faveur de l'hystérectomie. M. Segond nous a dit d'abord que l'utérus est souvent atteint d'endométrite que ne guérit pas toujours l'ablation des annexes par la laparotomie; une opération complémentaire est parfois nécessaire; or, dans la méthode rivale, l'hystérectomie, l'endométrite disparaît évidemment avec l'organe. Je connais effectivement des cas où l'ablation bilatérale des ovaires et des trompes suppurées n'a pas tari une leucorrhée, et j'ai actuellement dans mon service une malade que m'a confiée le professeur Tarnier, pour l'opérer d'une ovaro-salpingite. La guérison me paraissait complète, lorsque la jeune femme nous a révélé un écoulement persistant; mais un simple curetage avec drainage utérin a suffi pour la guérir; aussi le premier argument de M. Segond est pour nous sans grande importance.

J'attacherais, je vous l'avoue, plus de prix à l'argument « beauté », si lestement jeté par-dessus bord par M. Pozzi, et je dirais volontiers : toutes choses égales d'ailleurs, ou mieux à gravité opératoire égale, j'aime mieux pas de cicatrice qu'une cicatrice, quelque petite et dissimulée que la fassent nos sutures perfectionnées. Pourquoi donc ne pas accorder cette satisfaction à nos malades? Mon opérée, modiste, jeune et qui n'a renoncé à aucune des vanités de ce monde, n'a pas hésité, lorsque nous lui avons posé la question, à manifester sa terreur pour les vestiges apparents sur le ventre de l'opération projetée. Je n'hésiterais donc pas à opter pour l'hystérectomie préliminaire, même dans le troisième groupe des altérations des annexes et en m'appuyant sur cet argument secondaire de la cicatrice, si du moins j'étais sûr du diagnostic et si je pouvais affirmer en toute sécurité que les annexes sont perdues pour la fonction.

Mais, hélas! on n'est jamais sûr dans ces cas légers; et il faut tenir un grand compte des erreurs possibles sur lesquelles nos collègues les plus compétents ont insisté avec tant de justesse. L'un d'eux nous disait qu'il se trompait au moins une fois sur quatre, et aucun de nous ne se flatterait d'être plus heureux. Je sais bien qu'il parlait de la nature de la lésion, ce qui m'importe moins au point de vue des indications opératoires; mais on se trompe aussi sur la gravité du mal et l'on peut bien rarement établir le diagnostic de l'état fonctionnel des organes reproducteurs

dans le cas de lésion commençante. J'ai vu au moins deux fois, à l'époque où la salpingectomie se vulgarisait, des chirurgiens habiles et consciencieux extirper des ovaires sains considérés, avant l'ouverture du ventre, comme atteints d'inflammation suppurée. Eh bien, les mêmes opérateurs reconnaîtraient, je suppose, à cette heure, leur erreur avant l'extirpation et laisseraient les ovaires après avoir peut-être détruit quelques adhérences, causes de l'empâtement et de la douleur.

Et voilà pourquoi je serais plus transigeant que mon collègue M. Segond pour le traitement des lésions de ce troisième groupe. La formule par laquelle j'ai commencé ma communication et par laquelle je la termine est identique à la sienne, et je répète que l'hystérectomie vaginale est indiquée dans tous les cas où les altérations des annexes sont franchement bilatérales ; mais j'ajoute : il est toute une catégorie de faits où le diagnostic est fort difficile, et dans ce cas le doute doit profiter à la laparotomie, qui permet de reconnaître l'erreur avant qu'elle soit irrémédiable. Aussi résumerai-je ma communication par les trois conclusions suivantes : dans les pelvipéritonites anciennes nous n'avons qu'une opération à pratiquer : l'hystérectomie vaginale préliminaire ; dans les ovaro-salpingites volumineuses et adhérentes, nous préférons à la laparotomie, qui cependant a donné d'excellents résultats, l'hystérectomie vaginale comme plus sûre ; enfin, dans les lésions récentes et légères et lorsqu'il n'est pas absolument démontré que les annexes ont perdu leurs fonctions, on aura recours à la laparotomie, qui nous permet d'établir, sur un diagnostic indiscutable, les indications précises de l'extirpation.

M. Paul Segond. Nous voici arrivés au terme de la discussion provoquée par ma communication du 25 février ; l'heure est donc venue pour moi de répondre à vos objections et de résumer les conclusions principales qui se dégagent de notre débat. Tout d'abord, je désire vous exprimer le double sentiment de gratitude et de fierté que m'ont inspiré la courtoisie souvent trop flatteuse de vos critiques et l'importance des concessions que vous m'avez faites. Il y a peu de semaines encore, je puis le dire, l'opération de Péan m'avait, parmi nous, comme unique adepte, ou tout au moins j'en avais seul expérimenté la valeur. Aujourd'hui tout est singulièrement changé, et quelques séances de notre Société ont suffi pour donner à l'opération nouvelle tous les droits d'une intervention rationnelle.

L'honneur d'avoir donné le « coup de pouce » qui a conquis vos suffrages me revient-il autant que M. Richelot veut bien le dire ? Je n'ose y croire, et cependant je ne puis vous cacher l'extrême

satisfaction que m'a causée la tournure de notre débat. C'est qu'en effet la cause dont je me suis constitué le défenseur devait soulever, de prime abord, bien des objections. En fait, je m'attaquais à l'ablation des annexes par laparotomie ; je voulais arracher à cette opération si justement renommée une partie de son domaine, je me permettais de lui contester son omnipotence, et vu nos tendances actuelles, c'était là tentative bien osée ; d'autant que, pour engager cette lutte périlleuse, j'avais en tout et pour tout six mois d'expérience et 23 observations. Je n'en ai pas moins en grande partie réussi.

Sans doute vous n'avez pas accepté sans réserve le bien que je pense du procédé de Péan ; mais nombre d'entre vous ont reconnu sa supériorité dans certains cas particuliers, et tous vous avez consenti à le soumettre au contrôle de votre expérience personnelle. C'était là tout ce que je pouvais souhaiter. D'autant que si je m'étais enfermé dans les limites tracées par le titre même de ma communication, si je ne vous avais pas laissé voir qu'à mon avis l'intervention par voie vaginale est supérieure à la laparotomie non seulement lorsqu'il y a du pus autour de l'utérus, mais aussi dans toutes les affections non néoplasiques des ovaires ou des trompes nécessitant l'ablation bilatérale des annexes, je n'aurais même pas à répondre ; il me suffirait d'enregistrer votre acquiescement aux idées que je soutiens. Nos divergences portent, en effet, sur ce fait seul qu'à mon sens l'opération de Péan est supérieure à la laparotomie, aussi bien dans les affections non suppurées que dans les affections suppurées des annexes. C'est là ce que M. Richelot appelle « ma pensée de derrière la tête », et certes, je ne regrette pas de vous l'avoir laissé deviner, car, en fait, elle répond à mes convictions les plus fermes, et, qu'elle soit ou non confirmée par l'expérience ultérieure, elle élargit notre débat en nous permettant d'envisager la question dans tout son ensemble.

Si j'ai bien compris ceux d'entre vous qui ont pris une part directe à la discussion, vous formez trois groupes : celui des adeptes, celui des adversaires pour l'instant irréconciliables, et le groupe de ceux qui reconnaissent la supériorité de l'hystérectomie dans certains cas particuliers. Le premier est représenté par MM. Reclus et Nélaton, qui ont accepté mes conclusions sans restriction. Je n'ai donc qu'à me féliciter de leur conversion précoce. Le deuxième ne compte qu'un seul membre : mon ami M. Pozzi. Le nom seul de cet adversaire unique est un sûr garant de l'attention que je dois prêter à son argumentation. Mais, en bonne logique, que puis-je lui répondre qui ne soit la répétition pure et simple de ma communication première ? En effet, M. Pozzi me

permettra bien de lui faire observer qu'il m'a argumenté sans avoir entendu ma communication, sans avoir vu faire le morcellement et sans avoir suivi de malades opérées par cette méthode. Il en est résulté de telles divergences dans nos affirmations respectives que l'entente nous est pour l'instant impossible, et tout ce que je puis faire, c'est d'adresser à mon ami Pozzi la prière instante de surseoir à son jugement définitif. Je veux, en effet, conserver le ferme espoir qu'en expérimentant lui-même la méthode, il reviendra de ses préventions premières.

Ceci dit à l'adresse de mes trois collègues, MM. Reclus, Nélaton et Pozzi, je reste en présence du troisième groupe de mes argumentateurs, parmi lesquels je compte MM. Terrillon, Bouilly, Richelot, Terrier, Lucas-Championnière, Routier, Bazy et Reynier. Or, je tiens à le souligner très hautement, tous vous m'avez concédé que l'opération de Péan était l'intervention de choix dans les cas de suppurations pelviennes graves caractérisées par l'enclavement de l'utérus au sein de poches purulentes multiples. Je n'ai pas à rappeler l'importance d'une pareille déclaration, lorsqu'elle est formulée par des hommes qui ont une si profonde connaissance de la chirurgie abdominale. Par contre, vous m'avez tous reproché d'avoir trop généralisé, et c'est à ce point de vue seulement que je vais tenter ma justification.

Pour vous répondre avec ordre, je prendrai comme base la communication de M. Terrier, dont la précision vous a certainement frappés. Les faits y sont divisés en quatre groupes que je vais envisager successivement.

I. *Récidives de suppuration pelvienne après laparotomie.* — Ici je n'insiste pas ; l'accord est unanime, et M. Pozzi lui-même reconnaît que l'hystérectomie est *la seule opération possible.*

II. *Pelvipéritonites suppurées avec enclavement de l'utérus, adhérences étendues et poches purulentes multiples.* — Ici encore, j'ai la satisfaction d'avoir vu triompher mes idées, et tous, sauf M. Pozzi, vous avez reconnu que, dans les cas de ce genre, l'opération de Péan pouvait être désormais considérée comme l'intervention de choix. MM. Bouilly, Richelot, Terrier et Lucas-Championnière ont été aussi affirmatifs que possible. M. Terrillon a fait plus encore, et c'est après avoir quatre fois pratiqué l'opération lui-même, qu'il vous en a vanté les grands avantages, au double point de vue du pronostic thérapeutique et du pronostic opératoire.

A ce propos, et sans revenir sur les détails de ma première communication, permettez-moi de vous rappeler, à titre de preuve complémentaire, les déclarations fort nettes de MM. Bouilly, Terrier

et Richelot sur la gravité de la laparotomie pratiquée dans les conditions spéciales que nous envisageons. C'est alors, nous dit M. Richelot, que la laparotomie est périlleuse, ne mène souvent qu'à une opération incomplète, à un drainage insuffisant et au choc traumatique. MM. Terrier et Bouilly ont, de leur côté, souvent parlé dans le même sens, et ces aveux, qui tranchent si nettement avec les affirmations optimistes de quelques laparotomistes, ont, au point de vue qui m'occupe, une grande valeur. Ils viennent, en effet, corroborer d'une manière indirecte, mais significative, ce que j'ai dit sur la bénignité relative de l'hystérectomie pratiquée dans les cas similaires.

III. *Poches purulentes énucléables.* — C'est à leur propos que nos divergences se sont déclarées. Si j'excepte MM. Reclus et Nélaton, vous m'avez tous blâmé de vouloir substituer l'opération de Péan à la laparotomie dans les cas de ce genre. Seul M. Terrier m'a fait une concession, et j'y attache le plus grand prix : je suis laparotomiste, par atavisme peut-être, m'a-t-il dit, mais j'accepte qu'on discute. Reprenons donc les objections que vous m'avez opposées. J'en trouve quatre principales : la première vise les avantages que j'accorde à l'absence de cicatrice abdominale ; les trois autres portent successivement sur le pronostic immédiat, sur le pronostic thérapeutique et sur les difficultés de l'opération.

En affirmant que l'intervention par les voies naturelles avait le double avantage d'éviter les inconvénients d'une cicatrice suspubienne et d'épargner aux opérées la nécessité de porter ceinture, j'avais pris soin de spécifier que ces deux avantages n'avaient pas une valeur de premier ordre, et j'avais même insisté sur la sécurité fournie par les sutures perfectionnées dont nous pouvons maintenant faire usage. Mais ces réserves ne vous ont pas suffi, et vous m'avez taxé d'exagération. M. Richelot et surtout M. Pozzi se sont montrés impitoyables à cet égard. D'après mes contradicteurs, il s'agit là d'un « léger défaut », d'une ligne de quelques centimètres à peine visible au bout d'une année, et tellement solide en cas de suture bien faite que le port d'une ceinture est inutile. Bref, l'argument « beauté », comme l'a nommé M. Pozzi, serait trop futile pour mériter la moindre considération.

Tel n'est point mon avis, tant s'en faut. Quoi qu'on fasse, on ne peut nier qu'une cicatrice ne soit toujours un point faible. Le fait n'est, je pense, contesté par personne pour les cicatrices un peu longues, et surtout quand il s'agit d'opérées chez lesquelles il nous a fallu instituer un drainage à la partie inférieure de la plaie abdominale. En cas de cicatrices très petites, les conditions sont à la vérité supérieures, mais elles n'ont rien d'infaillible. J'en ai fait récemment la fort triste expérience sur une jeune fille laparoto-

misée par moi il y a deux ans, pour une salpingite suppurée. Dans une chute récente, sa cicatrice, cependant très courte, à peine visible et d'aspect fort résistant, n'a pas moins cédé, et la hernie qui s'est ainsi produite n'est certes pas un accident négligeable. Existe-t-il une suture capable d'éviter un accident de cette nature? Je ne le crois pas, et je ne puis consentir à partager l'optimisme de MM. Richelot et Pozzi. J'ai cependant vu moi-même plusieurs des opérées de M. Pozzi, et je suis prêt à témoigner de l'excellence de ses résultats; mais mon admiration n'est pas telle, je l'avoue, qu'une cicatrice m'apparaisse comme un ornement désirable, et, toutes choses égales d'ailleurs, j'aime mieux pas de cicatrice du tout que la plus irréprochable des cicatrices. Bref, je demeure convaincu que la possibilité de guérir des femmes jeunes sans leur laisser aucune trace visible constitue, pour l'opération que je préconise, un avantage auquel nombre de patientes attacheront toujours la plus sérieuse importance.

Pour le pronostic immédiat de l'opération, quelques-uns d'entre vous, prenant à partie mes affirmations sur la bénignité de l'opération, m'ont opposé leurs statistiques de laparotomies pour m'objecter, en fin de compte, que le pourcentage des faits jusqu'ici publiés n'était point en ma faveur. En vérité, l'argument me paraît tout au moins spécieux. En tout cas, je pourrais dès maintenant vous faire observer que les chiffres que vous avez pris pour base de votre jugement ne sont plus exacts. Le 25 février, je vous accusais une mortalité de 4 sur 23; or, elle est aujourd'hui de 4 sur 32, et si j'ajoutais à mes observations les succès opératoires récents de MM. Terrillon, Nélaton, Reclus, de Larabrie et Peyrot, la proportion deviendrait encore plus rassurante.

Je vous ai communiqué vingt-trois faits, et vous m'en opposez des centaines! Dans ces conditions, que peut signifier une démonstration numérique? A mon avis, rien qui vaille, et c'est pourquoi je vous avais demandé crédit. Au surplus, est-il bien nécessaire d'attendre les longues statistiques et leur pourcentage pour juger les questions analogues à celle qui nous occupe? Je ne le pense pas, et j'estime, avec M. Lucas-Championnière, que dans l'espèce, quelques faits consciencieusement observés par un même chirurgien valent souvent mieux que bien des statistiques construites avec des faits nombreux sans doute, mais trop disparates pour supporter la comparaison. Je laisserai donc les chiffres de côté, et je me bornerai à vous demander une fois encore d'analyser de très près les observations que je vous ai communiquées.

Si vous voulez bien prendre en considération les conditions particulièrement graves dans lesquelles se trouvaient plusieurs de mes opérées, il me semble impossible que vous méconnaissiez le

bien fondé de mes opinions sur la réelle sécurité de l'intervention. Cette opinion, je vous l'ai déjà formulée et je la maintiens tout entière. Dans les cas de gravité moyenne justiciables de la laparotomie sans mortalité opératoire, on peut affirmer que le pronostic de l'hystérectomie est au moins aussi bénin que celui de l'intervention sus-pubienne. Dans les cas, au contraire, où l'ablation des annexes par laparatomie exige des manœuvres périlleuses, l'hystérectomie réduit au minimum les chances de mort opératoire, tout en réalisant des conditions de guérison parfaite. Il me paraît donc légitime de conclure en disant que l'hystérectomie donne en général autant de sécurité que la laparatomie, et qu'en nombre de cas, elle doit être considérée comme moins grave.

Je vous rappelle enfin qu'à mon avis, c'est précisément dans les cas les plus dangereux que l'hystérectomie manifeste le mieux sa supériorité. Je vous en ai donné les raisons opératoires. L'intervention vaginale respecte de parti pris les adhérences, et n'a point à compter, par conséquent, avec les dangers qui résultent de leur déchirure. Il en est, chacun le sait, tout autrement dans l'ablation des annexes par laparotomie, et, comme je vous l'ai dit, c'est la meilleure réponse que je puisse faire à cette objection, que l'opération est impossible ou dangereuse en cas d'adhérences intestinales. Rien n'est plus inexact. Pour qui sait faire le morcellement, les adhérences intestinales, bien loin de contre-indiquer l'extirpation de l'utérus, peuvent au contraire compter parmi ses indications les plus nettes.

A propos du pronostic thérapeutique, vous m'avez encore taxé d'exagération. Soit. Mon opération la plus ancienne date de sept mois à peine, et je ne puis, en conséquence, vous imposer mes convictions. Le temps et l'observation prolongée des malades pourront seuls prononcer entre nous. Laissez-moi cependant vous rappeler que toutes mes opérées, sauf une, se portent fort bien, et ce premier argument, vous en conviendrez, a bien sa valeur. Quant aux arguments théoriques sur lesquels je me suis appuyé pour établir que les hystérectomisées devaient être mieux guéries que les laparotomisées, je ne vois pas que vous les ayez réfutés, je persiste donc à les considérer comme valables.

J'en arrive aux objections que vous m'avez faites à propos des difficultés matérielles de l'opération. Je ne parle pas ici du véritable réquisitoire de M. Pozzi. D'après lui, l'opération est souvent aveugle et dramatique, et la blessure des viscères, comme l'impossibilité d'y voir clair, sont les moindres de ses inconvénients. A ces accusations je n'ai plus à répondre, la description même que j'ai donnée de l'intervention leur sert de réfutation, et lorsque mon ami M. Pozzi aura pratiqué l'opération lui-même, je suis con-

vaincu qu'il reviendra sur son opinion première. Par contre, je tiens à relever cette objection faite par nombre d'entre vous, que l'intervention vaginale a le double inconvénient d'être souvent incomplète et très difficile.

Oui, certes, elle est souvent incomplète, puisque de parti pris elle respecte les adhérences et ne permet l'ablation totale des annexes que lorsque cette ablation se fait aisément et sous les yeux de l'opérateur. C'est même parce qu'elle sait ainsi rester incomplète qu'elle est moins grave que la laparotomie. Mais en résulte-t-il que la supériorité du résultat opératoire soit contestable? Je ne le pense pas. En effet, les cas dans lesquels l'ablation des annexes par voie vaginale doit rester incomplète sont précisément ceux dans lesquels l'étendue des lésions comme la solidité des adhérences rendent la laparotomie passible du même reproche. En pareille circonstance, la laparotomie a donc le double désavantage d'être incomplète au point de vue de l'ablation des annexes et de respecter toujours l'utérus.

Dans l'intervention vaginale, au contraire, l'utérus est, avant tout, supprimé, avec lui disparaissent toutes les complications tardives dont il peut être le point de départ. Quant aux annexes, leur ablation demeure sans doute incomplète; mais ce qu'il en reste disparaît par atrophie et bientôt le processus cicatriciel gagne toutes les parties malades sans qu'il reste nulle part une épine susceptible de réveiller les lésions. Telle est du moins notre conviction. Nous pensons en un mot qu'il est plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes que les annexes sans l'utérus, et c'est pour cela que l'intervention vaginale, même lorsqu'elle demeure incomplète, ne conserve pas moins sa supériorité au point de vue du pronostic thérapeutique.

Quant aux difficultés matérielles de l'opération, je ne cherche pas à les dissimuler. Il s'agit là d'une intervention délicate réclamant de l'expérience, de la dextérité et de la ténacité. J'ai même dit et je tiens à répéter qu'il serait, à mon avis, très dangereux de l'entreprendre sans avoir vu faire le morcellement par des mains exercées et sans avoir soi-même une grande expérience de la chirurgie vaginale. Mais entre chirurgiens, des considérations de cet ordre ne sauraient prévaloir. Tout opérateur qui voudra bien s'exercer et suivre à la lettre les règles du morcellement arrivera très vite, j'en réponds, à procéder avec autant de sécurité par le vagin que par le ventre, et les objections basées sur les difficultés de l'intervention sont par conséquent négligeables. L'absence de cicatrice abdominale serait-elle le seul avantage de l'intervention vaginale, qu'il faudrait encore la préférer malgré ses difficultés relatives.

En résumé, je persiste, vous le voyez, dans mes conclusions premières et, me basant sur toutes les considérations qui précèdent, je demeure convaincu que, dans le traitement des poches purulentes énucléables, la discussion admise par M. Terrier doit être tranchée à l'avantage de la castration utéro-ovarienne par voie vaginale, toutes les fois, bien entendu, que la bilatéralité des lésions péri-utérines paraît cliniquement indiscutable.

IV. — *Salpingo-ovarites non suppurees.* — Ici vous avez blâmé sans restriction l'intervention vaginale, pour lui préférer toujours l'ablation des annexes par laparatomie, et, laissez-moi vous le dire, le contraire m'eût fort étonné. La laparatomie est dans les cas de ce genre si rapide, si facile et si bénigne, qu'il semble bien osé de vouloir lui substituer uno intervention souvent plus longne et plus difficile. Et cependant, lorsque mes observations seront plus nombreuses, je ne désespère pas de vous convaincre. C'est qu'en effet j'ai la ferme conviction que, dans ces cas comme dans ceux que nous avons envisagés jusqu'ici, l'intervention vaginale a les plus réels avantages sur la laparatomie. Je ne vous parlerai pas de la cicatrice abdominale qu'elle évite, vous savez cependant co que j'en pense. Je n'insisterai pas davantage sur son pronostic opératoire immédiat, si ce n'est pour vous rappeler qu'il est aussi bénin que celui de la laparatomie. Par contre, j'appelle toute votre attention sur les qualités de son pronostic tardif, que je crois très supérieur à celui de la laparotomio, et, s'il m'est un jour possible de vous en fournir la preuve, vous me concéderez bien que l'intervention par voie vaginale aura tous les droits d'une méthode de choix.

Or, permettez-moi de vous faire remarquer que, dans les observations que je vous ai communiquées, vous pouvez dès aujourd'hui trouver les premiers termes de cette démonstration. Reportez-vous en effet aux observations des 17 malades que j'ai guéries avant le 1er janvier et qui toutes (sauf la malade de l'observation XVII), n'ont pas cessé de jouir d'une santé parfaite depuis l'opération. L'analyse de ces quelques faits vous montrera que mes opérées se divisent en deux groupes. Les unes étaient atteintes de suppurations péri-utérines, les autres avaient des lésions non suppurées des annexes, telles que lésions scléro-kystiques des ovaires, salpingites interstitielles adhérentes, etc.

Pour les premières, bien que mes résultats thérapeutiques soient pour l'instant parfaits, bien que mes malades aient l'avantage d'être désormais à l'abri de toute complication utérine et de n'avoir pas les ennuis d'une cicatrice abdominale, vous pourriez m'objecter que dans beaucoup de cas analogues les résultats thérapeutiques de l'intervention sus-pubienne sont aussi parfaits. On sait en effet

que, suivant l'expression de Bouilly, les pyo-salpingites sont le triomphe de la laparatomie. Mais cette même objection serait-elle possible pour les malades du deuxième groupe (Obs. IV, V, VIII, XI, XV, XVIII et XXI) ? Je ne le crois pas. D'autant que parmi ces dernières je compte trois femmes atteintes de troubles hystériques non douteux. (Obs. VIII, XI et XVIII). Or, n'est-on pas d'accord pour reconnaître que l'ablation des annexes par laparotomie dans les cas de ce genre est bien loin de donner toujours la guérison ? Je me crois donc autorisé à dire que ces sept observations viennent dès maintenant à l'appui de la démonstration que je poursuis devant vous.

Pour terminer la défense de mes idées, il me reste à relever deux arguments généraux dont la valeur est incontestable.

M. Bazy m'a fait observer qu'en vulgarisant les indications de l'hystérectomie vaginale, on pouvait craindre de voir grossir le nombre des opérations non justifiées. Ce cri d'alarme est sans doute dicté par un sentiment des plus nobles, mais que notre collègue se rassure, je redoute autant que lui la dépopulation de la France, et comme lui, je pense qu'on ne saurait trop multiplier les moyens d'éviter les interventions qui dépassent le but. Si vous voulez bien vous reporter aux termes de ma communication première, vous reconnaîtrez que je me suis à cet égard montré très explicite. J'ai dit en effet et très nettement souligné qu'il ne pouvait être question d'hystérectomie vaginale que dans les cas nécessitant sûrement l'ablation bilatérale des annexes.

Certes, je sais fort bien que la détermination clinique de cette nécessité peut soulever de grandes difficultés; une erreur est toujours possible, et de même que les laparatomistes les plus exercés ont plus d'une fois suprimé des annexes qui ne demandaient qu'à vivre, de même les hystérectomistes sont exposés à pareil mécompte. Mais l'avenir de l'hystérectomie ne saurait en souffrir davantage que celui de la laparotomie et je ne vois pas là matière à sérieuse objection. Ici, comme toujours, il faut agir suivant sa conscience clinique, si je puis ainsi dire, et franchement, si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions ovaro-salpingiennes semble aussi nettement avérée que leur incurabilité médicale, je ne crois pas que l'intervention vaginale puisse être soupçonnée d'être plus compromettante que la laparotomie pour les fonctions de reproduction.

Ceci me conduit à l'argument le plus important qui m'ait été formulé et sur lequel M. Lucas-Championnière, en particulier, a très judicieusement insisté. Je veux parler des difficultés du diagnostic. Admettons, m'avez-vous dit, que l'hystérectomie vaginale soit

l'intervention de choix dans le traitement des suppurations péri-utérines. Soit. Mais comment affirmer le diagnostic de la présence du pus? Sur quels signes nous guiderons-nous pour préférer au « contrôle » de la laparotomie l'irrémédiable de l'hystérectomie?

Rien n'est plus juste que cette mise en garde contre les erreurs du diagnostic. La ponction exploratrice elle-même n'est pas capable d'en atténuer la portée, car, suivant la remarque de M. Terrier, lorsqu'elle ramène du pus, rien ne prouve qu'il soit dans l'ovaire, la trompe, le péritoine ou ailleurs. Aussi bien serais-je très embarrassé pour vous répondre, si la suppuration était à mes yeux la seule indication de l'hystérectomie. Mais, vous le savez bien, tel n'est pas mon avis. A mes yeux comme à ceux de M. Péan, les indications de l'hystérectomie sont exactement les mêmes que celles de l'ablation des annexes par laparotomie. Ce qui nous importe pour décider l'intervention, ce n'est donc pas le fait de la purulence, c'est la bilatéralité et l'incurabilité médicale des lésions péri-utérines, et dès lors, l'objection tombe d'elle-même ou tout au moins elle se trouve considérablement atténuée.

Je ne conteste point, notez-le bien, que les indications de l'hystérectomie ainsi précisées ne puissent encore laisser place à l'erreur, je tiens même à répéter une dernière fois avec Reclus, que dans nombre de cas le diagnostic reste très difficile, et que le doute doit alors profiter à la laparotomie, seule capable de reconnaître l'erreur avant qu'elle soit irrémédiable ; mais je ne maintiens pas moins ma conclusion générale, et, comme je vous le disais il y a un instant, si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions ovaro-salpingiennes semble, de par les données cliniques, aussi nettement avérée que leur incurabilité médicale, j'estime que l'intervention par les voies naturelles conserve toutes les garanties d'une opération rationnelle et pleinement justifiée.

Rapport.

Sur un travail de M. Reboul, intitulé : *Note sur le traitement des adénopathies scrofulo-tuberculeuses par les injections interstitielles de naphtol camphré.*

Rapport, par M. Ch. Nélaton.

Messieurs, j'ai à vous rendre compte d'un travail qui vous a été adressé par M. Reboul. Il est intitulé « Du traitement des adénopathies scrofulo-tuberculeuses par les injections interstitielles de

naphtol camphré. » M. Reboul a été poussé par son maître M. Périer à rechercher quelle était l'action du naphtol camphré mis directement au contact des produits tuberculeux, et il nous raconte au début de son mémoire comment, ayant fait, sur l'avis de M. Périer, des injections de naphtol camphré dans des trajets fistuleux cervicaux consécutifs à des adénopathies tuberculeuses, il fut tout étonné de voir la cicatrisation complète et définitive survenir.

Ces deux premiers succès encouragèrent M. Reboul à rechercher les effets des injections interstitielles de naphtol camphré, non plus seulement dans des trajets fistuleux, mais encore dans des adénopathies tuberculeuses à leurs différentes phases de début ou d'induration, de ramollissement caséeux, ou enfin à la période même de suppuration.

Ce sont les résultats de ces essais qu'il nous communique aujourd'hui et ils ont, ainsi que vous allez le voir, un véritable intérêt.

M. Reboul a fait porter ses observations sur 27 malades des deux sexes et de tout âge (il a injecté 2 malades âgés de moins de 10 ans et 4 de plus de 40 ans ; le plus grand nombre de ses opérés étaient âgés de 15 à 30 ans).

La plupart des adénopathies qu'il a traitées siégeaient à la région cervicale (23 sur 27).

Ces adénopathies n'étaient pas toutes à la même période — les ganglions étaient simplement indurés 9 fois — ramollis à leur centre 11 fois, franchement suppurés 7 fois.

Or, sur ces 27 malades, M. Reboul obtint 20 fois une guérison complète et définitive, 7 fois la guérison ne fut pas acquise, bien que l'amélioration fût incontestable.

Il était intéressant de savoir si les ganglions simplement indurés étaient plus sûrement guéris par l'injection interstitielle que les ganglions ramollis à leur centre ou franchement suppurés. M. Reboul ne nous le dit pas dans son mémoire ; aussi ai-je eu la curiosité de me reporter à ses observations publiées à peu près *in extenso*, et j'ai pu reconnaître qu'il n'y avait aucune conclusion à tirer à cet égard; beaucoup de ses malades ont guéri alors qu'ils avaient des suppurations étendues des ganglions, d'autres à ganglions simplement indurés ont été rebelles aux injections interstitielles.

On peut donc dire avec M. Reboul que la thérapeutique des adénopathies tuberculeuses (à quelque période qu'elles soient arrivées) par les injections interstitielles de naphtol camphré est un bon procédé de traitement, qui donnera la guérison dans plus des deux tiers des cas.

Pour arriver à ce résultat, voici la technique opératoire suivie

par M. Reboul. A l'aide d'une seringue de Pravaz soigneusement stérilisée, on fait une injection intra-ganglionnaire de 2 à 10 gouttes de naphtol camphré, et on renouvelle ces injections tous les huit jours.

C'est pendant plusieurs mois (de deux à quatre mois en moyenne) que ces injections devront être renouvelées pour amener le malade à guérison, et souvent elles devront être répétées pendant près d'un an.

Si plusieurs ganglions sont simultanément atteints, on en pique plusieurs dans la même séance ou bien on en pique un seul, le gros d'abord, pour attaquer les autres par les injections ultérieures.

Cette manière de faire a donc donné, ainsi que je vous l'ai dit, d'excellents résultats et n'a jamais occasionné d'accidents d'intoxication générale ou de sphacèle localisé à la région injectée. Les seuls symptômes relevés à la suite de la piqûre ont été un peu d'engourdissement de la région, et un zona dans un cas où M. Reboul suppose avoir piqué un ramuscule nerveux.

Le seul inconvénient de cette thérapeutique serait, suivant M. Reboul, la longue durée du traitement. Il ne nous paraît pas suffisant pour ne pas reconnaître avec M. Reboul que cette manière de faire est infiniment préférable à l'intervention sanglante, par sa simplicité d'une part, par l'absence de cicatrice et peut-être aussi par l'heureuse influence que peut avoir l'absorption du naphtol camphré sur la chaine ganglionnaire voisine des glanglions les plus malades.

Vous me permettrez à cette occasion de vous rapporter, messieurs, l'observation d'une jeune fille de 15 ans qui présentait un ganglion suppuré du volume d'une noix avec une chaîne ganglionnaire formée par 4 ou 5 ganglions cervicaux du volume d'une noisette.

Le ganglion le plus volumineux, manifestement fluctuant, était recouvert d'une peau rouge, tendue et amincie au point que je jugeai qu'il n'y avait qu'une chose à faire, l'incision et l'extirpation du ganglion. La mère de la jeune fille, craignant une cicatrice, se refusa à cette intervention. Je fis alors une ponction du ganglion, suivie de l'injection de quelques gouttes d'éther iodoformé. Huit jours après je revoyais la jeune fille, toute la peau amincie qui recouvrait le ganglion s'était sphacélée, et lorsqu'elle se fut détachée, je vis au fond de la plaie une large portion de ganglion infiltrée de tubercules ramollis.

Je proposai encore l'extirpation de ce ganglion tuberculeux, mais toute intervention étant à nouveau repoussée, je plaçai un tampon de ouate imprégné de naphtol camphré sur le ganglion tuberculeux, et par-dessus, je fis un pansement occlusif au collodion.

Je renouvelai ce pansement tous les deux jours, et à mon grand étonnement je vis disparaître au bout de quinze jours la chaîne des ganglions indurés, situés au-dessus et au-dessous du ganglion ulcéré; au bout de trois semaines il n'en restait *plus traces*. Quant à la plaie ganglionnaire, elle se modifiait et se rétrécissait progressivement, à telle enseigne que le traitement commencé dans la 1re quinzaine de juin se terminait en août, et que la guérison est aujourd'hui telle que le palper le plus attentif ne permettrait de reconnaître aucune induration ganglionnaire dans la région cervicale de cette jeune fille.

Je vous ai rapporté ce fait, qui s'ajoute à ceux que nous a fait connaître M. Reboul, parce qu'il me semble montrer clairement l'influence heureuse de l'absorption du naphtol camphré, non pas seulement à son lieu d'application, mais encore sur toute la sphère ganglionnaire lymphatique avec laquelle cette substance se trouve en contact.

Présentation d'instruments.

M. P. Reynier. Je présente à la Société deux instruments fabriqués par M. Aubry sur mes indications.

L'un est un *dilatateur anal*, qui n'est qu'une adaptation d'un dilatateur existant déjà, celui de Ménière, qui avait été préconisé pour la dilatation de la vulve, dans les cas de vaginisme Celui-ci a sur les dilatateurs existant dejà l'avantage de dilater régulièrement et circulairement.

Le second instrument est une *canule* destinée à rester à demeure dans l'ouverture pratiquée par la *gastrostomie* dans les cas de rétrécissement de l'œsophage. Après l'introduction de la canule, quatre valves peuvent, par un mécanisme particulier, se relever à angle droit dans la cavité stomacale et fixer la canule. On a tâché d'obvier ainsi à un des accidents les plus fréquents consécutifs à la gastrostomie, l'expulsion continuelle de toutes les canules connues jusqu'à présent.

Discussion.

M. Terrier. Je demanderai à M. Reynier quelle est l'indication que doit remplir sa canule à gastrostomie.

M. Reynier. Nourrir le malade en cas de fistule permanente.

M. Terrier. La meilleure pratique, selon moi, est de ne mettre dans la fistule ni dilatateur ni sonde d'aucune espèce pour empê-

cher l'écoulement du suc gastrique ; pour nourrir le malade, une sonde au moment du repas.

M. Segond. J'ai un ancien opéré de gastrostomie qui n'a jamais rien supporté dans sa fistule. Il applique un tampon obturateur quand il marche et met une sonde au moment de s'alimenter. Cette sonde est en verre ; un jour elle s'est cassée, et le fragment est sorti par l'anus.

M. Reynier. Je suis bien aise d'entendre M. Terrier proclamer l'inutilité des appareils destinés à empêcher l'écoulement du suc gastrique. Ce qui provoque cet écoulement, ce sont les contractions de l'estomac, et le corps étranger les excite. On garde longtemps en vie les chiens à fistule gastrique, sans aucun appareil.

Présentation de pièce.

M. Bouilly présente une *vésicule biliaire*, remplie de calculs, qu'il a extraite par la laparotomie chez une femme de 40 ans. L'observation sera remise.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 8 avril 1891.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une brochure intitulée : *The Johns Hopkins hospital Reports*, march 1891 ;

3° Des lettres de MM. Nélaton, Segond, Quénu, Horteloup, demandant un congé de deux mois pendant la durée du concours du Bureau central en chirurgie, dont ils sont juges ;

4° Une lettre de M. le Dr Bourguet (d'Aix) annonçant à la Société de chirurgie la mort de son père, membre correspondant de la Société depuis 1863 ;

5° M. le Dr Segond présente deux volumes de clinique chirurgicale du professeur Trélat publiés par les soins de ses élèves.

A propos du procès-verbal.

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. Bazy. Dans une précédente séance, j'ai donné de l'hystérectomie vaginale une indication que notre collègue Segond a oublié d'ajouter à la liste pourtant déjà longue, trop longue, à mon avis, des indications qu'il nous a fournies de cette opération.

Il s'agit de l'existence d'une fistule vaginale persistante, consécutive à l'ouverture d'un abcès péri-utérin dans le vagin.

Je vous avais, à ce moment, communiqué une observation d'hystérectomie vaginale faite dans ces conditions, opération suivie d'un succès complet.

Aujourd'hui, je viens vous faire part d'une seconde opération qui a trait à des faits de même ordre, et que j'ai pratiquée le 17 mars dernier à l'hôpital Laënnec dans le service et avec le concours de mon ami Gérard-Marchant, que je tiens à remercier publiquement de son obligeance.

Il s'agit d'une femme de 32 ans, qui a accouché il y a 14 ans : son accouchement fut très difficile et dut être terminé par le forceps.

Depuis cette époque, elle perd toujours : en juillet dernier, elle entra pour une péritonite dans le service de M. Guyot, à l'hôpital Beaujon. Son état était très grave. Elle finit cependant par évacuer un abcès par le vagin.

C'est dans ces conditions qu'elle fut passée dans mon service le 6 août.

Elle avait une fièvre vive, était très amaigrie, pas d'appétit, et elle perdait une grande quantité de pus par le vagin.

Le toucher faisait constater l'absence complète du col de l'utérus. Le vagin se terminait en cul-de-sac, au fond duquel on sentait un orifice à bords déchiquetés. C'était l'orifice de la collec-

tion purulente. A côté et à droite, le doigt sentait, au milieu de plis radiés, un petit orifice situé à peu près au milieu d'une masse dure qui était l'utérus.

J'agrandis le trajet fistuleux et plaçai un gros drain.

L'amélioration ne tarda pas à se produire. Mais il était bien difficile de tenir cet orifice dilaté et, dans tous les cas, de tarir la suppuration et d'éviter complètement les phénomènes d'infection.

L'état général étant relativement bon, quoique mauvais, et la malade me suppliant de la débarrasser de cette suppuration, je procédai à la laparotomie le 14 novembre 1890, laparotomie qui me paraissait indiquée par la difficulté de désinfecter complètement ce foyer infectieux par le vagin, et aussi par l'existence d'une collection que j'avais reconnue à droite de l'utérus.

J'ouvris ces deux collections dans le ventre. Je lavai à grande eau et fis un drainage abdomino-vaginal.

Les suites opératoires furent parfaites, et néanmoins ce cas rentrait dans les cas graves auxquels on aurait pu appliquer et auxquels j'appliquerais moi-même aujourd'hui l'hystérectomie vaginale. Si j'insiste, c'est pour montrer qu'on peut venir à bout de ces cas par la laparotomie, et j'en ai eu ainsi quatre, à l'hôpital Beaujon, qui ont été complètement et définitivement guéris.

Néanmoins, la fistule vaginale n'était pas complètement fermée, il restait même un trajet abdomino-vaginal qui, il est vrai, avait été entretenu en dehors de moi, depuis que j'avais quitté l'hôpital Beaujon, et qui peut-être, sans cela, aurait pu se fermer tout seul; mais je suis loin d'en être sûr. Quoi qu'il en soit, comme la suppuration persistait, je lui ai fait l'hystércetomie vaginale, qui n'avait pour moi que la valeur d'un débridement. L'utérus empêchant ce débridement, je l'ai enlevé.

Cette opération présentait ceci de particulier, que la matrice n'avait pas de col, ce qui pouvait un peu compliquer l'opération, qui n'en a pas moins été très facile.

Je n'avais pas d'emblée fait cette hystérectomie, parce que je n'avais pas suffisamment réfléchi à ces cas ; mais, comme vous le voyez, je n'avais pas attendu la communication de M. Segond pour faire ma première opération, ni d'en avoir vu pour la pratiquer, estimant que les indications, et non l'imitation de telle ou telle pratique, doivent avoir la plus grande part dans nos résolutions.

Je ne veux pas insister davantage et reprendre les arguments de M. Segond pour montrer ce qu'ils ont de spécieux.

J'indiquerai seulement qu'il est absolument nécessaire que le diagnostic en bloc soit facile et ne laisse pas de doute dans l'esprit.

On connaît et on cite à chaque instant des cas de tumeurs fibreuses, de kystes ovariens, etc., pris pour des salpingites

doubles, des lésions unilatérales prises pour des lésions bilatérales, etc.

Je vais plus loin. MM. Richelot et Terrier ont pu montrer que des lésions de l'appendice iléo-cæcal pouvaient être prises pour des lésions péri-utérines.

Pour moi, la possibilité de faire une mutilation irrémédiable arrêterait ma main. Quand on fait une laparotomie, on peut s'arrêter si on s'est trompé : il n'est plus temps quand on fait l'hystérectomie.

M. Segond. Le mot *dépopulation de la France* que j'ai employé est peut-être un peu exagéré. En tous cas, je tiens à me défendre contre le reproche d'enlever l'utérus sans nécessité; j'ai dit formellement qu'il ne fallait faire l'opération que dans les cas où la bilatéralité des lésions donne la certitude que la fonction est perdue. Je ne dis pas qu'il ne m'arrivera jamais de me tromper; mais M. Bazy croit-il donc que jamais, par la laparotomie, on n'ait enlevé un ovaire sain? Ces erreurs, peu fréquentes heureusement, ne suffisent pas à discréditer l'intervention chirurgicale.

J'ajouterai, en ce qui concerne les lésions pelviennes compliquées de fistules vésicales ou intestinales, que j'ai opéré trois cas de ce genre. L'un est tout récent, la malade est opérée depuis ce matin seulement, dans le service de M. Berger ; j'espère qu'elle viendra s'ajouter aux faits semblables qui démontrent l'efficacité de l'hystérectomie vaginale.

Rapport.

Sur deux communications de M. le Dr Lucien Picqué, intitulées : 1° *Considérations sur l'anatomie pathologique, le diagnostic et le traitement des encéphalocèles;* — 2° *Énorme spina bifida de la région lombo-sacrée. Extirpation. Guérison.*

Rapport, par M. Paul Berger.

L'intérêt qui s'attache aux communications de M. le Dr Picqué m'engage à vous en proposer l'insertion dans nos bulletins; aussi le rapport que je vous présente à cette occasion doit-il être court et se borner à vous indiquer les points des observations en question et les considérations qui s'y rattachent sur lesquels doivent surtout se porter notre discussion.

I.— La première des communications que nous a faites M. Picqué a pour point de départ l'observation d'une hydrencéphalocèle de la

région occipitale, hydrencéphalocèle traitée avec succès par l'extirpation. On trouvera plus loin la relation du fait en question dans tous ses détails, je me bornerai donc à suivre M. le Dr Picqué en examinant quelques-uns des points de cette observation sur lesquels il a voulu attirer votre attention d'une manière toute particulière.

Le fait que M. Picqué a observé et traité est un cas type, s'il en fut, d'hydrencéphalocèle, et l'auteur a raison de le distinguer catégoriquement de ceux dont je me suis efforcé d'établir les caractères anatomiques et la pathogénie, dans mon mémoire paru en avril 1890 dans la *Revue de Chirurgie*.

L'examen anatomique de deux cas d'encéphalocèle opérés avec succès par M. Périer et par moi, avait fait reconnaître à M. Ranvier et à M. Suchard que ces tumeurs renfermaient, au centre d'une enveloppe constituée par un épaississement hyperplasique de l'arachnoïde et de la pie-mère, une masse de substance nerveuse présentant comme un mélange de la structure histologique du cerveau et du cervelet, et plus semblable à un névrome médullaire qu'à la hernie d'une portion de l'encépale. J'avais cru pouvoir conclure de ces faits et de quelques autres analogues, que cette variété d'encéphalocèle ne pouvait être comprise dans aucune des trois catégories où, dans les descriptions classiques, on range les encéphalocèles congénitales : méningocèles, encéphalocèles proprement dites et hydrencéphalocèles. Reprenant la théorie jadis développée par Geoffroy-Saint-Hilaire, et m'aidant d'une hypothèse émise, il y a longtemps déjà, par M. Hayem, j'en avais placé l'origine dans le développement d'une tumeur cérébrale véritable, d'un *encéphalome*, se rattachant à un vice de formation de la vésicule cérébrale primitive, remontant par conséquent aux premiers temps de la vie embryonnaire, et constituant une *protubérance exencéphalique* mettant opposition à la réunion des lames qui constituent le crâne primordial et à leur ossification.

La tumeur enlevée par M. Picqué ne présentait rien d'analogue. Sous une enveloppe constituée par la dure-mère, adhérentes à cette enveloppe, se trouvaient deux masses de substance encéphalique, distendues par du liquide, et se rattachant, l'une, placée au-dessus, au lobe occipital dont elle faisait manifestement partie, l'autre au cervelet, dont elle présentait toute l'apparence extérieure. La substance cérébrale et la substance cérébelleuse n'étaient donc pas confondues et réparties dans toute l'étendue de la tumeur, comme dans le cas de M. Périer et dans le mien; elles étaient distinctes, et la tumeur se trouvait ainsi constituée, sinon par deux hernies, du moins par deux protubérances encéphaliques dépendant, l'une du cerveau, l'autre du cervelet. Les faits de cet ordre ne sont

pas très rares; on trouve, dans le mémoire de Spring, un certain nombre d'observations dans lesquelles une encéphalocèle ou une hydrencéphalocèle renfermait à la fois une portion plus ou moins notable du cerveau et du cervelet. Le cas de M. Picqué n'a donc rien qui le distingue, au premier abord, des observations les plus classiques d'hydrencéphalocèle.

Cependant, et M. Picqué lui-même a eu le soin d'insister sur ce point, un examen minutieux ne permet pas de lui assigner l'origine que Spring donne aux hydrencéphalocèles. Celles-ci, d'après cet auteur, procèdent d'une hydropisie ventriculaire qui, limitée à une portion des cavités encéphaliques, aurait déterminé l'usure et la perforation des parois crâniennes, puis la protrusion, par l'orifice ainsi formé, de la portion de l'encéphale augmentée de volume par cette hydropisie. Tandis que, dans l'hypothèse émise par Spring, la perforation cranienne siège toujours en un point distant des lignes de réunion des pièces primitives du crâne, nous constatons une fois de plus ici que la fissure qui donnait passage au pédicule de la masse exencéphalique, correspondait à la partie moyenne de l'occipital, à la ligne suivant laquelle se réunissent les deux moitiés constituantes de l'écaille de l'occipital. De plus, au niveau du pédicule de la tumeur, aucun prolongement canaliculé, aucun orifice de communication n'établissait la continuité des cavités occupant le centre des deux noyaux, cérébral et cérébelleux, contenus dans cette tumeur, soit avec la corne occipitale du ventricule latéral, soit avec le quatrième ventricule. On pourrait être tenté de voir dans cette circonstance un argument en faveur de la doctrine de Spring, et d'attribuer à l'oblitération des cavités ventriculaires en un point limité, la production d'une hydropisie partielle d'une partie de ces cavités, transformant le lobe cérébral ou cérébelleux qui les renferme en un véritable kyste. L'examen chimique du liquide retiré du centre de ces masses nerveuses, examen fait avec le plus grand soin par M. Patein, ne permet pas de soutenir cette opinion. Ce liquide différant essentiellement, par sa constitution, du liquide céphalo-rachidien, il fallait lui chercher une autre origine, et M. Picqué a dû invoquer une *transformation kystique non encore décrite de la partie postérieure de l'encéphale.*

Ainsi, le fait dont M. Picqué vient de vous apporter la relation est bien un fait d'hydrencéphalocèle; mais, loin de venir à l'appui de la théorie pathogénique de Spring sur le développement de cette sorte de tumeur, il est inconciliable avec cette doctrine et montre la nécessité de revenir à d'autres hypothèses pour expliquer le développement des hydrencéphalocèles ou, tout au moins, de quelques-unes de leurs variétés. Il vient donc à l'appui des objections que j'ai élevées contre la théorie de Spring, ou du

moins contre sa généralisation, objections que j'ai appuyées sur l'examen d'un grand nombre de faits anatomiques et que j'ai développées dans le mémoire auquel j'ai déjà fait allusion.

Un des auteurs qui ont soutenu cette théorie avec le plus de talent, Ackermann, reprenant à ce point de vue l'étude d'un certain nombre de crânes atteints d'encéphalocèles et appartenant à l'Institut pathologique de Halle, à la collection anatomique de Marburg, à la collection du professeur Küster, à Berlin, a résumé de la façon suivante ses idées sur la genèse des hydrencéphalocèles opposées, à ce point de vue, aux encéphalocèles proprement dites :

« L'encéphalocèle, dit-il, et l'hydrencéphalocèle sont deux états absolument opposés par leurs caractères anatomiques et par leur mode de développement.

« Le premier est dû à l'issue de la substance encéphalique par une lacune préexistante du crâne osseux, issue déterminée par l'augmentation de volume résultant de la croissance, ou par le poids de l'organe lui-même. L'hydrencéphalocèle, au contraire, se développe lorsqu'une partie de l'encéphale, distendue par une hydropisie, s'oppose à la réunion des parois craniennes ou les perfore pour s'échapper sous forme de hernie par cette perforation.

« Le développement de l'encéphalocèle est lié à une diminution, celui de l'hydrencéphalocèle à un accroissement de la pression intra-cranienne. Dans la première, le crâne est réduit dans toutes ses dimensions, et, comme conséquence de cette réduction, nous trouvons : l'aplatissement de la voûte, auquel il faut joindre même certaines dépressions de la surface extérieure ; la brièveté et l'étroit engrènement des sutures ; la diminution de l'angle que l'apophyse basilaire de l'occipital fait avec le corps du sphénoïde ; la configuration hyperprognathe du visage.

« Dans l'hydrencéphalocèle, au contraire, tout le développement dépend absolument de l'augmentation de la pression intra-cranienne, et l'état du crâne est modifié dans un sens absolument opposé ; il y a augmentation de l'étendue et de la convexité de la voûte, surtout vers les régions antérieures ; comme conséquence, on observe un redressement de l'angle de l'apophyse basilaire avec le corps du sphénoïde, et, quand l'agrandissement du crâne est manifeste, une disposition hyperprognathe de la face [1]. »

A cette théorie, disais-je dans le mémoire que j'ai déjà cité, on ne peut répondre que par l'examen des faits : l'opposition qu'Ackermann a cru découvrir entre les cas d'encéphalocèles et d'hydren-

[1] TH. ACKERMANN, *Die Schædeldifformität bei Encephalocele congenitale*, Halle, 1882, p. 76.

céphalocèles, au point de vue de la conformation du crâne, n'existe pas. Les modifications de la forme extérieure qu'il a considérées comme caractéristiques de ces états et sur lesquelles il a étagé son système pathogénique, ne sont constantes ni pour l'un ni pour l'autre ; et, descendant dans l'analyse des observations, j'appuyais sur des exemples indiscutables ma réfutation de la distinction établie par cet auteur. Le fait de M. Picqué me donne une nouvello arme contre elle ; l'enfant qu'il a opéré était porteur d'une hydrencéphalocèle, et chez lui le crâne était réduit dans toutes ses dimensions ; l'aplatissement du crâne était considérable et donnait à la physionomie l'apparence d'une tête de crapaud. Ainsi tombe encore un des arguments invoqués en faveur de la thèse d'une hydropisie ventriculaire limitée ayant usé le crâne et produit la hernie d'une partie de l'encéphale.

Si, dans le cas intéressant que vous a communiqué M. Picqué, rien ne prouve *l'ectopie primitive de la partie des centres nerveux contenus dans la tumeur* sous forme d'une protubérance exencéphalique primitive autour de laquelle le crâne ne se serait qu'incomplètement développé, rien, absolument rien n'autorise à croire à une protrusion d'une partie de l'encéphale, primitivement renfermé dans le crâne, au travers d'une perforation de ses parois et sous l'influence d'une lésion pathologique, telle qu'une hydropisie ventriculaire ou une dégénérescence kystique, ayant atteint cette partie des centres nerveux. Ainsi la démonstration que les encéphalocèles congénitales, quelle qu'en soit la variété anatomique, soient des *hernies* de l'encéphale au sens propre que l'on attache à ce mot, est encore tout entière à faire, tandis qu'un certain nombre de faits bien analysés portent, au contraire, à les faire envisager comme résultant de l'*ectopie primitive* d'une partie de l'encéphale demeurée en dehors de la zone de formation des parois craniennes.

Le fait communiqué par M. Picqué est un nouvel exemple de succès dû à l'extirpation de la tumeur, et d'autant plus intéressant que celle-ci était plus volumineuse (elle avait le volume d'une tête de fœtus à terme). C'est de plus en plus du côté de l'intervention active, et particulièrement de l'extirpation, que se tournent les chirurgiens, enhardis par un certain nombre de cas heureux ; même lorsqu'il s'agit d'encéphalocèles considérables, et lorsqu'on a quelque lieu de craindre que celles-ci ne renferment une partie importante de l'encéphale qu'il ne serait pas prudent d'enlever, j'admets volontiers, avec M. Picqué, qu'on puisse faire porter sur la tumeur une incision exploratrice pour s'assurer directement de la constitution exacte et de la nature des organes qui y sont contenus. Mais le plus souvent, après avoir disséqué la poche jusqu'à

aris. — Soc. d'Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl) 43.5.91. *Le Gérant :* G. Masson.

la perforation crânienne sans l'ouvrir et en avoir évacué le contenu par une ponction, on pourra juger par la palpation de l'importance des parties qu'elle renferme et en faire, s'il y a lieu, l'extirpation après avoir étreint sa base par plusieurs points de suture en chaîne. On expose moins l'enfant, en agissant de la sorte, aux chances fatales qui peuvent résulter de l'évacuation subite et massive du liquide céphalo-rachidien.

Ce procédé peut être mis à exécution même quand il s'agit d'encéphalocèles volumineuses ; j'en ai pour preuve le cas où, avec l'assistance de M. Périer, j'enlevai de la sorte une encéphalocèle ayant le volume d'un citron. Je rappelle les dimensions de cette tumeur, car M. Picqué semble croire que, dans ce fait, il ne s'agissait que d'une petite encéphalocèle. Le procédé préconisé, mis à exécution et décrit par M. Périer, auquel j'ai eu recours dans ce cas, procédé dont ne s'écarte d'ailleurs pas notablement celui qu'a suivi M. le Dr Picqué, et qui est un procédé non de ligature, mais d'extirpation, semblable dans son principe à celui par lequel nous pratiquons la cure radicale des hernies abdominales, a donc été mis à exécution avec succès même dans des cas d'encéphalocèles relativement très considérables et de constitution principalement solide.

Je suis heureux, en terminant, de pouvoir dire que cette petite fille, sur laquelle j'ai pratiqué l'extirpation de la tumeur en question le 9 décembre 1889, non seulement est bien vivante actuellement, mais qu'elle s'est normalement comportée, qu'elle marche, qu'elle a appris à parler, et que son développement physique et intellectuel est à peu près celui des enfants de son âge.

II. — La deuxième observation communiquée par M. le Dr Picqué présente plus d'un point intéressant à discuter.

C'est d'abord l'absence de communication apparente de la cavité de la tumeur avec le canal rachidien, absence de communication qui pourrait faire penser à l'existence pure et simple d'un kyste embryonnaire, indépendant de la moelle et de ses enveloppes et qui, par son développement, se serait opposé à la formation de l'arc postérieur des vertèbres et à l'occlusion du canal rachidien. Cette hypothèse ne saurait être admise ; toute l'histoire ultérieure du petit malade opéré par M. Picqué, les accidents tardifs qui se sont développés à la suite de l'opération, démontrent qu'il s'agissait bien d'un spina bifida véritable.

Il est également très difficile d'expliquer le mode de production des brides, les unes transparentes et minces, les autres nacrées et d'aspect tendineux, qui cloisonnaient la cavité de cette méningocèle. L'idée qu'il s'agirait d'entre-croisements tendineux dépendant

des insertions des muscles vertébraux, émise d'abord par nous, n'est pas acceptable, puisque ces brides traversaient la cavité séreuse en formant un lacis inextricable; nous y verrions plutôt une disposition se rattachant à l'insertion dans la tumeur d'un certain nombre de prolongements et de festons des ligaments dentelés.

Mais ce qui est le plus bizarre et le plus inexplicable, c'est l'apparition tardive, chez le petit opéré, d'une hydrocéphalie et d'une paraplégie. L'examen le plus minutieux de la poche kystique, fait par M. Picqué et par moi au moment de l'opération, ne nous y avait fait reconnaître aucun vestige de la moelle ni des racines nerveuses qui en émanent; nous étions d'autant plus fondés à ne pas craindre la lésion de ces parties, que la cavité du spina bifida semblait indépendante de la cavité du canal rachidien. Il est regrettable néanmoins que des recherches plus complètes n'aient pas été dirigées en vue d'établir la constitution anatomique précise des parties enlevées; seule cette constatation aurait permis de déterminer la nature exacte des prolongements membraneux et filamenteux qui cloisonnaient la poche méningée, et d'affirmer qu'à la suite de l'opération la moelle et les nerfs qui en émanent étaient restés absolument indemnes; je puis d'autant mieux me permettre ce doute et regretter cette lacune, qu'ayant aidé M. Picqué dans cette opération, je dois revendiquer ma part de responsabilité même dans les fautes qui auraient pu être commises. Si l'on n'admet pas que la moelle et les nerfs aient été lésés au cours de l'opération, et l'attention minutieuse que M. Picqué et moi avons apportée à l'examen des parties sur lesquelles portaient les sections me permet de présumer, sinon d'affirmer, qu'il en a été ainsi, il ne reste plus, pour expliquer l'apparition de ces accidents, qu'à envisager le développement lent d'une méningo-myélite, qui d'ailleurs peut seule rendre compte de la production de l'hydrocéphalie consécutive observée.

Quoi qu'il en soit, le fait est des plus intéressants; il nous donne d'ailleurs une nouvelle preuve que l'extirpation des spina bifida et leur cure radicale est possible, et qu'elle ne compromet pas d'une manière grave et prochaine l'existence des enfants, même très jeunes, sur lesquels on la pratique, pourvu que l'on s'entoure de précautions antiseptiques bien prises.

Je conclus donc à l'insertion des deux travaux sur lesquels je viens de vous présenter ces quelques considérations.

I. — *Considérations sur l'anatomie pathologique, le diagnostic et le traitement des hydro-encéphalocèles*, par Lucien Picqué, chirurgien des hôpitaux.

La nommée M... m'amène, le 3 septembre 1890, à l'hôpital Lari-

boisière, dans le service de M. Périer, que j'avais l'honneur de suppléer, son enfant, âgé de quinze jours, pour une volumineuse tumeur de la région occipitale.

Cette femme a accouché à terme et dans d'excellentes conditions. Sa grossesse n'avait été signalée par aucun accident. Elle était primipare. Pas d'antécédents héréditaires.

La tumeur, qui est aussi volumineuse que la tête de l'enfant, est telle qu'elle était au moment de la naissance; elle n'a fait aucun progrès, mais l'apparition d'une plaque étendue de sphacèle sur le segment inférieur de la tumeur a engagé la mère à l'amener à l'hôpital.

Cette dernière nous raconte que l'enfant depuis sa naissance est dans une sorte d'état somnolent; jamais il n'a crié, et c'est avec la plus grande difficulté qu'on parvient à le nourrir à la téterelle. Il n'a jamais voulu prendre le sein. Le dépérissement est notable; pas de diarrhée.

Examen de la tumeur : son volume est considérable ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la photographie ci-contre. Il atteint le volume d'une tête de fœtus à terme.

Sa base d'implantation a environ 7 ou 8 centimètres de hauteur; elle correspond à la partie moyenne et inférieure de l'occipital.

La peau à sa surface est glabre, d'une minceur extrême, non transparente, mais ne présente en aucun point l'aspect cicatriciel; elle est absolument lisse et ne présente aucune bosselure; elle se laisse très facilement plisser; à la partie postéro-inférieure de la tumeur, existe une large zone rouge violacée de sphacèle.

La consistance est molle plutôt que ferme; à la palpation elle donne la sensation de la fluctuation; la consistance augmente au niveau du pédicule, mais on y trouve une fluctuation profonde.

Elle ne présente aucune réductibilité; elle n'offre ni battement, ni impulsion; la compression ne semble pas exagérer l'état demi-comateux où se trouve l'enfant.

La tête de l'enfant présente une conformation spéciale : le crâne est réduit dans toutes ses dimensions; l'aplatissement du frontal est considérable et donne à la physionomie l'apparence d'une tête de crapaud.

Il n'existe d'ailleurs aucune autre anomalie à signaler chez cet enfant, ni du côté du squelette, ni du côté des parties molles.

En présence du sphacèle menaçant et sans pouvoir déterminer exactement, ainsi que je le dirai plus loin, s'il s'agit d'une méningocèle pure ou d'une hydro-encéphalocèle, je me décide à une intervention que réclame la mère et que je pratique le 6 septembre.

L'enfant n'est pas chloroformé; je pratique tout d'abord une ponction au bistouri sur le point culminant de la tumeur et j'agrandis avec les ciseaux.

Il s'en écoule une très notable quantité de liquide sanguinolent, mais la tumeur reste volumineuse et tendue. La cavité ne présente aucun orifice du côté du pédicule de la tumeur.

La paroi incisée est épaisse et la face interne de la poche ainsi

ouverte présente une coloration grisâtre caractéristique. Cette cavité est en réalité creusée dans la substance cérébrale elle-même; d'ailleurs, sur la coupe de la paroi, on peut facilement dissocier cette dernière et reconnaître successivement les parties suivantes de dehors en dedans: la peau, la dure-mère, la pie-mère et l'extrémité occipitale du lobe occipital accolée à la dure-mère; c'est une lamelle aplatie de 6 à 8 millimètres d'épaisseur, grisâtre, et sur la paroi extérieure de laquelle on ne retrouve plus trace des dépressions normales.

Cette partie complètement détachée de la dure-mère, accolée à la peau et relevée en haut par un aide, je puis constater qu'elle se rattache au lobe occipital, dont une portion notable, recouverte de la pie-mère et présentant l'aspect normal de la surface extérieure des hémisphères, occupe le pédicule de la tumeur.

Immédiatement au-dessous de cette masse, nous découvrons une portion du cervelet, facilement reconnaissable à ses lamelles transversalement dirigées, et du volume d'une petite mandarine.

Cette partie du cervelet présentant une fluctuation manifeste, je pratique une ponction au bistouri, qui donne issue à un liquide coloré de la même façon que le liquide précédent et que je recueille séparément [1]. La tumeur s'affaisse mais conserve encore le volume d'une grosse noix.

En palpant séparément ces deux parties, je constate et fais constater par mon interne, M. Civel, qu'elles sont reliées manifestement par un gros pédicule avec les parties solides contenues dans la boîte crânienne.

La réduction étant impossible, j'en pratique résolument l'excision au bistouri et aux ciseaux courbes. Quelques fils de catgut sont placés

[1] M. Patein, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière, a bien voulu examiner les deux liquides. Voici la note qu'il m'a remise et que je transcris intégralement. Les deux poches contenaient un liquide rouge foncé presque neutre au tournesol, à peine alcalin.

Première poche.			*Deuxième poche.*		
Matières fixes. . .	25,25	par kilogr.	Matières fixes. . .	26,10	par kilogr.
Chlorure de sodium	6,43	—	Sels anhydres. . .	7,90	—
Eau.	974,75	—	Eau.	973,90	—

Dans les deux liquides, présence de fibrine, sérine en quantité notable, pas de globuline.

Les matières albuminoïdes ne sont pas coagulées à l'ébullition, en présence de quelques gouttes d'acide acétique, fait qui se présente dans certains cas, ainsi que je l'ai montré dans une communication à l'Académie des sciences (*Comptes rendus* 1889). En somme, il y a lieu de remarquer d'abord la presque identité des liquides contenus dans les deux poches, ensuite la différence de ces liquides avec le liquide céphalo-rachidien moins riche en matières fixes et surtout en albumine, plus riche en sels, et dans lequel la coagulation des matières albuminoïdes est complète à l'ébullition en présence de quelques gouttes d'acide acétique. De plus, l'absence de globuline permet de conclure qu'on n'est pas en présence d'un mélange de sang et de liquide céphalo-rachidien, mais d'un liquide anciennement épanché.

sur les vaisseaux de la pie-mère. Je touche au thermocautère quelques points du pédicule même. Aussitôt cette résection faite, je décolle rapidement la dure-mère de la face interne de la peau et je la traite comme un sac herniaire en plaçant un fil de catgut au niveau du pédicule.

La peau est ensuite réséquée et suturée à l'aide d'un surjet au catgut. Pas de drainage. Pansement au collodion.

Pendant tout le cours de l'opération, le champ opératoire a été arrosé d'une solution boriquée tiède à 3 0/0.

Malgré les précautions prises, l'enfant a perdu relativement beaucoup de sang, et l'opération terminée, on voit qu'il est très pâle et refroidi.

Un fait qu'il est intéressant de noter, c'est que pendant tout le cours de l'opération il n'a fait aucun mouvement et n'a présenté aucune réaction.

Deux heures après l'opération, l'enfant est toujours pâle et affaibli. On lui fait une demi-piqûre d'éther. Il n'a pas tété le premier jour.

7 *septembre*. L'enfant a tété comme d'habitude en s'aidant de la téterelle. Son état général s'est amélioré. Les joues sont colorées.

8 *septembre*. L'enfant a tété sans téterelle et avidement. Il prend le sein toutes les deux heures. Les digestions sont bonnes.

9 *septembre*. L'enfant tete toujours bien. Les mouvements sont plus faciles.

Il est beaucoup moins somnolent qu'avant l'opération. Il ne présente pas d'attaques épileptiformes.

14 *septembre* (1er pansement). La plaie est en excellent état. L'état général est très bon.

15 *septembre*. L'enfant a poussé aujourd'hui des cris, ce qui ne lui était jamais arrivé depuis sa naissance.

20 *septembre* (2e pansement). La plaie est très bien réunie excepté, à la partie moyenne. Pas de fistule.

28 *septembre*. La plaie est entièrement cicatrisée. Il n'existe qu'une légère saillie au niveau de l orifice osseux. L'enfant a beaucoup grossi : il est rose et joufflu. Ses mouvements sont actifs; il sourit. La tête se remue facilement; l'enfant paraît sensible à la lumière.

L'observation précédente nous a paru intéressante à publier à divers titres. Au point de vue de la variété, il est certain que nous avons eu affaire à une hydro-encéphalocèle, c'est-à-dire, aux termes mêmes de la définition de Spring, à une hernie encéphalique dans laquelle la partie herniée est distendue par du liquide. Je réserve la question du siège qu'occupe le liquide. On sait, en effet, que Spring admettait l'origine ventriculaire de ce liquide. Je réserve de même le mécanisme de la production de la tumeur hors de l'encéphale, pour des raisons qui seront exposées plus loin.

J'insiste surtout sur ce fait, qui, joint à l'existence du liquide dans la masse cérébrale, caractérise spécialement l'hydro-encépha-

locèle, c'est que, dans notre cas, la portion cérébrale contenue dans la hernie conservait ses connexions avec la région de l'encéphale dont elle provenait (fait constaté au cours de l'opération) et avait l'aspect macroscopique de l'encéphale. Ce point est important à établir aujourd'hui, car mon excellent maître, le Dr Berger, dans un très remarquable mémoire publié récemment dans la *Revue de Chirurgie* (avril 1890), a étudié une variété particulière d'exencéphale crânien caractérisé par une véritable néoplasie cérébrale et qui peut être désignée sous le nom de cérébrome (Hayem) ou d'encéphalome (Berger). Dans le cas qu'il a observé à l'hôpital Lariboisière on observait, en effet, au milieu des enveloppes une petite masse de matière cérébrale partout adhérente ; cette masse « ne présentait ni la texture de l'écorce du cerveau, ni celle du cervelet, mais participait à la structure de l'un et de l'autre de ces organes »; dans ce cas, comme d'ailleurs dans celui de M. Périer, la masse interposée « présentait bien les caractères mixtes de la structure du cerveau et de celle du cervelet ».

Ce ne sont donc pas des hernies du cerveau, et c'est, ajoute M. Berger, « la production, dans une enveloppe constituée par une énorme hyperplasie des méninges, d'un tissu qui participe de la structure du cerveau et de celle du cervelet, d'un tissu nouveau qui n'a *pas d'identique* dans les centres nerveux, et par conséquent d'une néoplasie véritable.

J'ai tenu à rapporter textuellement plusieurs passages du travail de M. Berger, car, à mon sens, la détermination précise de cette variété d'encéphalocèle tend à bouleverser complètement la pathogénie, la classification et le traitement de cette affection.

Il est certain que ces tumeurs (produits néoplasiques véritables, analogues aux névromes médullaires de Virchow) peuvent acquérir des dimensions considérables et simuler des encéphalocèles véritables.

Si dès lors on est conduit, avec M. Berger, à considérer désormais comme douteuse la classe des méningocèles, on est amené de même à se demander si la classe des encéphalocèles existe bien réellement ; il faudra évidemment des renseignements anatomo-pathologiques précis dans les observations à venir.

J'admets très volontiers que, dans un grand nombre de cas mal observés, on ait eu affaire à des tumeurs cérébrales et non à des hernies véritables, et que les faits publiés d'encéphalocèles et même de méningocèles sont plus ou moins contestables ; mais il n'en est pas moins vrai que, si la classe des méningocèles doit être supprimée, celle des encéphalocèles et des hydro-encéphalocèles doit persister quoique amoindrie. Je crois pouvoir affirmer que mon cas rentre dans cette catégorie et qu'il ne peut exister aucun doute à

cet égard. L'existence dans la poche méningée de deux masses ayant conservé la configuration extérieure du cerveau et du cervelet, et aussi leurs rapports anatomiques entre eux et avec les parties voisines (pie-mère et portion intra-crânienne du cerveau), démontrent suffisamment qu'il s'agit d'une hernie cérébrale et non d'une néoplasie vraie.

J'emploie le mot hernie à défaut d'autre, sans préjuger en aucune façon son mode de formation par rapport à l'évolution de la boîte crânienne. J'ai déjà plus haut exprimé cette réserve, que je vais expliquer plus loin.

Le cas que j'ai observé apporte, à mon sens, quelque intérêt à la question pathogénique si savamment développée par M. Berger.

La théorie de Spring est bien connue : dans l'hydro-encéphalocèle, l'hydropisie partielle d'une cavité ventriculaire donne lieu à l'augmentation de volume d'un lobe cérébral, qui vient user la paroi du crâne et produire, le plus souvent en dehors des sutures, la hernie cérébrale. Je ne veux pas reprendre, après Houel, Leriche, Larger, le procès de cette théorie qui vient encore d'être si vigoureusement attaquée par M. Berger. On sait en effet que c'est surtout au niveau des sutures qu'existe la perforation : dans mon cas l'orifice se trouvait au niveau de la partie moyenne et inférieure de l'occipital, siège de la suture primitive de l'écaille. La question est donc jugée relativement au point de pénétration. Quant au fait de l'hydropisie ventriculaire, il ne l'est pas, selon moi, et mon observation vient à l'appui de l'opinion de Spring quant à l'existence de l'hydropisie du lobe hernié, sinon à l'interprétation de son siège anatomique exact.

« Jamais, dit M. Berger, on n'a vu cette accumulation de sérosité limitée à l'extrémité du ventricule qui correspondait à la tumeur; jamais on n'a pu constater l'existence d'adhérences ou d'oblitérations siégeant dans la partie moyenne de l'un des ventricules latéraux et circonscrivant dans une de ses moitiés l'épanchement de sérosité.

Je ne saurais contester une opinion aussi formellement présentée; ce que je tiens à dire, c'est que chez mon opéré il existait un épanchement notable dans la pointe du lobe occipital hernié. Ce fait évidemment observé par Spring l'a conduit à admettre que l'épanchement s'était produit dans le ventricule ventriculaire correspondant. Or, c'est là le point contestable de la théorie.

M. Berger a rassemblé les faits anatomo-pathologiques qui semblent infirmer ce point de la théorie de Spring (*loc. cit.*, p. 289).

Dans mon cas, il ne m'a pas été possible, on le comprendra, d'étudier à mon aise la communication possible de la poche que j'avais ouverte, avec le ventricule moyen, mais un fait que j'ai

constaté vient en même temps confirmer les doutes des auteurs à ce sujet et éclairer d'un jour nouveau ce point important de la question. Si l'on se reporte à ma description, on verra qu'il existait un kyste dans la portion herniée du cervelet. Les deux portions herniées étaient kystiques, dès lors n'est-il pas rationnel d'admettre une transformation kystique non encore décrite de la partie postérieure de l'encéphale. L'hypothèse de la dilatation ventriculaire n'est plus nécessaire, mais le fait de la présence du liquide n'est pas contestable, et l'on ne peut nier qu'il ait joué un rôle important dans la production de la tumeur, comme nous allons le voir dans un instant.

Si l'on relit la note qu'a bien voulu me remettre le très distingué pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière, on peut voir qu'il ne s'agissait ni du liquide céphalo-rachidien, ni d'un mélange de sang avec ce liquide. Bien que négatif, cet examen n'en a pas moins une grande portée, puisqu'il permet d'éliminer la possibilité d'un kyste en communication avec les cavités intra-cérébrales et l'espace sous-arachnoïdien.

On est, en somme, en présence d'une transformation kystique mal définie du cerveau et du cervelet.

Cette lésion peut remonter aux premiers stades du développement de l'encéphale et sa présence peut se concilier parfaitement avec la doctrine de l'ectopie primitive de cette portion kystique située en dehors du crâne; en résumé, elle peut, comme le dit M. Berger, en admettant la théorie de G. Saint-Hilaire reprise par Virchow, précéder la formation de la voûte du crâne; elle peut exister sans qu'il se produise une perforation de la voûte osseuse, d'où les réserves que j'ai apportées sur la dénomination de hernie cérébrale, que je n'ai employée que pour distinguer mon cas des encéphalomes proprement dits.

Pas n'est besoin, en conséquence, d'invoquer la théorie de Spring sur la perforation secondaire ni celle de Corvin sur le crânio-tabes.

Je ne signalerai, chez mon jeune sujet, l'aplatissement du frontal que pour l'opposer aux affirmations d'Ackermann.

On sait que cet auteur signale l'augmentation de l'étendue de la voûte dans l'hydro-encéphalocèle; pour lui, l'aplatissement et la microcéphalie accompagneraient constamment l'encéphalocèle; on voit que cette théorie se trouve en défaut dans notre cas et que M. Berger a eu raison de faire justice d'une opinion trop systématique.

J'admets, en résumé, l'opinion de M. Berger sur l'ectopie primitive de la portion située hors du crâne; je pense que dans mon cas,

comme dans le sien et celui de M. Périer, la tumeur ou les kystes ont préexisté à la formation du crâne membraneux.

J'admets encore que son développement s'est trouvé modifié et qu'une interruption s'est produite en un point qui est devenu notre orifice de communication.

Quant à l'origine du bourgeonnement embryonnaire du centre nerveux, M. Berger, s'appuyant sur les résultats de l'examen histologique dans son cas et celui de M. Périer, conclut, comme nous l'avons dit, à l'existence de la néoplasie. Mais d'autres causes peuvent aboutir à cette hypertrophie. Dans mon cas, il s'agissait d'une transformation kystique; mais, quoi qu'il en soit, notre opinion reste semblable à la sienne.

Le diagnostic de l'hydro-encéphalocèle présente des difficultés considérables signalées par tous les auteurs. M. Berger a bien insisté sur le peu de valeur des signes différentiels des diverses variétés.

Dans mon cas, les signes étaient négatifs, à la vérité, comme dans l'hydro-encéphalocèle; mais la tumeur ne présentait pas l'accroissement rapide signalé dans ces dernières et qui permet de les distinguer des autres variétés.

Son volume était resté stationnaire depuis la naissance. J'avais, je l'avoue, pensé à une méningocèle.

La ponction exploratrice ne saurait elle-même conduire à un diagnostic certain ; à la vérité, ce procédé pourrait permettre de distinguer la méningocèle de l'encéphalocèle, mais la confusion avec l'hydro-encéphalocèle ne pourrait guère être évitée.

La difficulté qu'éprouve le chirurgien à déterminer dans un certain nombre de cas, même après la ponction exploratrice, la nature de la tumeur, doit être présent à l'esprit en abordant l'étude du traitement.

Bien des méthodes ont été employées, le plus souvent sans succès.

Que peut faire la simple ponction dans une hydro-encéphalocèle, sinon d'etre suivie de récidive ?

Quant à la ponction avec injection iodée, je la repousse d'une façon absolue; s'exposer à faire pénétrer de la teinture d'iode dans l'espace arachnoïdien, ou dans le cerveau lui-même s'il s'agit d'une hydro-encéphalocèle, me paraît une faute. Les faits cités partout de West, de Paget, de Holmes et de Pozzi ne sont guère encourageants.

La méthode de Smith, qui consiste à faire des injections interstitielles de glycérine iodée, est ingénieuse, mais sans grande portée, malgré le succès qu'elle a fourni à son inventeur.

Il ne reste, à mon sens, que deux méthodes dignes d'être discutées, la ligature ou l'excision.

L'intervention chirurgicale, il faut le dire, a été fortement attaquée dans ces dernières années; à la suite de nombreuses tentatives, la plupart des chirurgiens se prononcent contre toute intervention.

Spring pense que toute tentative n'a d'autre résultat que d'accélérer la mort. Houel pense que les opérations sanglantes doivent être proscrites sans discussion.

Samuel D. Gross estime que l'expérience s'est décidément prononcée en faveur de la non-intervention.

Ces citations, que j'emprunte au mémoire de M. Berger, montrent suffisamment l'opinion des auteurs sur cette question.

Plus récemment, Bryant et Heinecke, en 1882, soutiennent la même opinion.

Une réaction cependant tend à se produire depuis quelques années, et M. Berger a eu raison de dire que, si les tumeurs de petit volume et qui ne produisent aucun accident peuvent être abandonnées à elles-mêmes, il ne saurait en être de même pour les grosses tumeurs « qui autorisent toutes les tentatives dont on peut raisonnablement attendre l'arrêt de l'évolution morbide ».

Il est évident, néanmoins, qu'on devra tenir compte des contre-indications tirées soit de l'état de faiblesse de l'enfant, soit des dimensions excessives de l'orifice du crâne ou de malformations trop prononcées de la boîte crânienne (Berger).

Dans les conditions précitées, où l'intervention est nécessaire, le chirurgien se trouvera donc en présence de deux méthodes, la ligature et l'excision. La plus grande confusion existe dans l'étude comparée des deux méthodes; on a le plus souvent confondu les résultats de la ligature et ceux de l'excision, car ordinairement la ligature est suivie d'excision. La lecture des observations en fait foi; or, on doit, selon moi, réserver le terme d'excision uniquement à l'opération qui a pour but l'excision simple des parties herniées sans ligature préalable.

On a aussi le plus souvent confondu les cas de méningocèle simple et ceux d'hydrencéphalocèle et même d'encéphalocèle.

J'ai relu avec soin les prétendus cas d'extirpation d'encéphalocèles et d'hydrencéphalocèles, réunies par Larger au nombre de 17.

Or, au chapitre : *Incision ou excision tardive*, à côté de 6 cas de mort, 4 guérisons de méningocèles (exencéphales au 1er degré).

Au chapitre : *Excision*, 1 cas par l'écraseur suivi de mort, 7 cas au bistouri terminés également par la mort, 6 cas guéris; tous sont des méningocèles (exencéphales au 1er degré).

Cette distinction, on le voit, est importante à faire, et je me pro-

pose de n'envisager ici que les cas d'encéphalocèle et d'hydro-encéphalocèle.

La voie nouvelle dans laquelle se sont récemment engagés les chirurgiens est aujourd'hui pleinement justifiée. La chirurgie cérébrale doit bénéficier des progrès de l'antisepsie, et les tumeurs graves dont il s'agit autorisent toutes les tentatives (Berger). Quels sont donc les résultats ?

Dès 1877, Larger proposait, sans l'avoir appliqué d'ailleurs, l'excision par le bistouri combiné avec la ligature élastique.

En 1881, Sklifasowsky lia, après l'avoir mis à nu, le pédicule d'une encéphalocèle occipitale à marche rapide, et excisa la tumeur ; on ne sait rien du volume de la portion excisée. Il conseilla également, mais sans la pratiquer, l'incision directe et la réduction du contenu.

Nous trouvons encore dans le mémoire de M. Berger un cas de Marion (hydrencéphalocèle) terminé par la mort, 3 cas de Hildebrand, dont 2 relatifs à des hernies cérébrales, terminés par la mort (*Cent. f. chir.*, t. XIV, nº 46 ; 1887).

Flothmann a adopté le procédé de Sklifasowsky, mais la description qu'il en donne est obscure : il déclare dans un 1er temps étreindre le pédicule par une ligature, des sutures et un compresseur ; dans un 2e temps, il réduit ce qu'il peut de la substance cérébrale (on comprend difficilement cette manœuvre après la ligature du pédicule) et enlève ce qu'il ne peut réduire. Il cite un cas do guérison, mais ne dit rien du procédé qu'il a suivi.

Plus récemment, Bergmann a rapporté au 17e Congrès des chirurgiens allemands un succès dans un cas d'encéphalocèle frontale qui renfermait la pointe du lobe antérieur de l'hémisphère correspondant ; il ne dit pas comment il se comporta vis-à-vis de la hernie cérébrale.

En résumé, les observations relatives aux hernies cérébrales sont très rares ; elles sont muettes sur l'examen macroscopique et microscopique ; dans aucune il n'est donné de renseignements précis sur le traitement de la hernie. Les résultats en ont été déplorables.

Par contre, le traitement des méningocèles par la ligature et l'excision a donné lieu dans ces dernières années à une série de succès. Nous citerons les cas de Thompson, Leasure et Lazzari, de Jessop, de Lewis V. Marshall, d'Alberti, de Bergmann.

Nous pensons donc, en présence de ces derniers résultats, qu'il est juste de revenir, dans les cas de méningocèle, sur le jugement trop sévère porté il y a peu de temps encore contre l'intervention chirurgicale.

Les cas plus récents de MM. Périer et Berger montrent le parti

qu'on peut tirer du procédé de la ligature et de l'excision consécutive dans certains cas d'encéphalocèle dits encéphalomes.

Ce procédé, d'ailleurs, a été heureusement modifié par ces auteurs, et nous renvoyons à ce mémoire pour la description exacte du manuel opératoire. Quant aux encéphalocèles vraies, aux tumeurs dues à la présence, en dehors du crâne, d'une portion plus ou moins considérable du cerveau, le même traitement leur est-il applicable ?

Je ne le crois pas et ne serais pas éloigné de penser que les insuccès ont été dus en grande partie, dans les cas que nous avons rapportés, à cette manière de procéder.

Tous les bons résultats de la ligature préalable sont relatifs, comme on le sait, à des cas de méningocèles ou aux encéphalomes peu volumineux, comme ceux de MM. Berger et Périer.

Aussi, comme nous avons déjà insisté sur les difficultés de distinguer les diverses variétés anatomiques d'exencéphale, nous pensons qu'il y aurait peut-être avantage à accepter dans tous les cas l'incision simple exploratrice suivie, s'il y a lieu, de l'excision des parties herniées, et à la substituer à une méthode (procédé de la ligature) qui n'est excellente que dans des cas difficilement séparables en clinique des précédents.

Pourquoi, d'ailleurs, les chirurgiens qui ont accepté le principe de l'excision exploratrice, quand la boîte crânienne est intacte, dans le cas d'épilepsie jacksonnienne par exemple, ne l'admettraient-ils pas quand il s'agit d'un diverticule de cette cavité ?

Jusqu'à présent cette méthode, en partie conseillée par Sklifasowsky, n'a pas été mise en pratique, et c'est presque toujours à la ligature préalable que les chirurgiens ont eu recours. Sklifasowsky lie son pédicule et ne nous dit rien du volume ni de l'examen histologique de la partie excisée.

Dans le procédé opératoire qu'il recommande sans l'avoir pratiqué, il conseille l'incision directe de la tumeur et la réduction contenue. J'adopte absolument la première partie de ce plan, que je considère comme très rationnel et conforme aux idées que j'énonçais plus haut. Je fais les plus grandes réserves pour la réduction, que je considère comme une manœuvre illogique dans la grande majorité des cas. Je l'admets naturellement dans un cas analogue à celui de Bergmann, qui renfermait la pointe du lobe frontal, mais je ne comprends guère cette pratique quand il s'agit d'une masse considérable semblable à celle que j'ai rencontrée, et je m'imagine que la hernie cérébrale que Sklifasowsky a comprise dans sa ligature devait être bien petite pour qu'il ait conseillé une semblable manière de faire.

Il est fâcheux que Flothmann, qui a adopté la pratique de Sklifasowsky, ne nous ait pas renseigné davantage sur son cas.

Je pense, en résumé, qu'en dehors des cas où les signes précis de la méningocèle nous permettent d'appliquer l'excellent procédé de la ligature, il est préférable de recourir d'emblée à l'incision directe ou exploratrice du contenu de la poche.

Lorsque l'examen démontre la présence d'une portion du cerveau, s'il s'agit d'une encéphalocèle occipitale surtout, le mieux, à mon sens, c'est d'en pratiquer l'ablation, ainsi que j'ai eu l'occasion de le faire chez mon petit malade.

Le résultat heureux que j'ai obtenu dans un cas qui peut être considéré comme le premier cas d'excision intentionnelle qui ait été publié jusqu'ici me paraît devoir encourager à l'avenir les chirurgiens dans cette voie.

II. — *Énorme spina-bifida de la région lombo-sacrée. Extirpation. Guérison*, par M. le Dr Picqué.

Mme L..., âgée de 26 ans, me présente, le 21 décembre 1890, son enfant âgé de 12 jours et porteur d'un énorme spina-bifida. Nous la recevons à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le Dr Périer, que j'avais l'honneur de remplacer, salle Gosselin, n° 20.

Antécédents de la mère. — Grands-parents paternels : père mort jeune, mère morte à 99 ans (10 enfants bien conformés).

Grands-parents maternels inconnus : mère âgée de 49 ans, père âgé de 54 ans; bien conformés.

La mère de l'enfant a eu deux sœurs, l'une morte à 8 ans, l'autre âgée de 13 ans; l'une et l'autre bien conformées. Pas de fausse couche.

Antécédents du père. — Grands-parents inconnus : père âgé de 60 ans, mère âgée de 48 ans; les enfants bien conformés.

Antécédents personnels de la mère. — Deux enfants, pas de fausse couche. L'un a 2 ans et demi, est bien conformé; l'autre est le petit malade. Sa dernière grossesse a été normale. Une chute en arrière vers le milieu de sa grossesse. Jamais de douleurs. Accouchement au neuvième mois.

L'enfant est né à terme, le 7 octobre 1890. A la naissance, au niveau de la région lombaire, sur la ligne médiane, on remarque une sorte d'inflammation de la peau qui paraît semblable à une brûlure. Deux jours après apparait une tumeur déjà volumineuse qui prend par la suite un développement plus considérable encore.

Au moment de son entrée, la tumeur est oblongue et occupe la région lombaire dans toute son étendue, en recouvrant par son extrémité inférieure la partie supérieure du sacrum. Son grand diamètre mesure 8 centimètres; son étendue transversale est de 6 centimètres. La surface de la tumeur présente des particularités importantes.

Sa surface est hémisphérique; au niveau du pôle antérieur existe

une surface légèrement allongée de 3 centimètres environ dans ses principaux diamètres, déprimée notablement et au niveau de laquelle le tégument n'existe pas : c'est une surface rouge, bourgeonnante et ressemblant à une plaie en voie de cicatrisation ; la consistance de cette surface est assez prononcée, surtout quand on la compare à celle des parties adjacentes. Autour de ce point, et jusqu'à la base de la tumeur, existe une bande concentrique dont les caractères sont bien différents.

Le tégument est d'une minceur extrême, transparent, semblable à la paroi d'un kyste séreux. Sa coloration tranche par sa pâleur sur la partie centrale; par places cependant, il présente une teinte noirâtre d'aspect gangréneux.

La tumeur est absolument sessile et tient à la colonne vertébrale par toute l'étendue de sa longueur et de sa largeur; on ne sent pas au niveau de sa base les contours osseux de l'orifice ou de la fente qui la fait communiquer avec le canal rachidien.

Sa consistance est molle, fluctuante; elle tend à augmenter sous l'influence des cris et des efforts de l'enfant; elle n'est cependant pas réductible sous la pression des doigts, et cette pression, qui doit être modérée sous peine de rupture, ne détermine aucun phénomène cérébral appréciable.

L'enfant est d'ailleurs robuste et ne présente aucune malformation du squelette. Il n'existe pas d'hydrocéphalie. Les membres inférieurs jouissent de tous leurs mouvements. L'opération, proposée à la mère, est acceptée et pratiquée le 23 octobre. Notre excellent maître, M. le Dr Berger, a bien voulu nous assister.

Une incision circulaire est pratiquée sur la bande transparente de la tumeur; un liquide séreux s'en écoule.

La portion centrale, déprimée et bourgeonnante, est tapissée à sa surface profonde d'une paroi kystique excessivement mince qui se continue sur la bande transparente adjacente à la base et dont on peut la détacher facilement, mais qu'on ne peut que difficilement suivre jusqu'au contour de la fente osseuse. Quoi qu'il en soit, cette portion transparente et sous-jacente à l'enveloppe externe est cloisonnée par des brides absolument transparentes, qui n'occupent que la portion centrale de la poche et viennent s'insérer au pôle antérieur de la tumeur. Ces brides sont mélangées à des filaments blancs nacrés aplatis qui partent en grand nombre des parties latérales de la base d'implantation en dehors de la fente osseuse, viennent s'insérer au même point et forment avec les précédentes un lacis inextricable. Ces derniers sont considérés par M. Berger comme des tendons émanés des muscles des gouttières latérales ; nous acceptons volontiers cette opinion, mais nous tenons à faire remarquer qu'ils traversent la poche et ne sont pas situés à la périphérie de la portion saillante. Ces rubans aplatis sont détachés facilement de la paroi bourgeonnante avec la paroi kystique sur laquelle ils s'inséraient; ils n'ont donc pu être examinés histologiquement.

La fente osseuse comprend toute la portion lombaire du rachis et

se prolonge sur le sacrum, à la base duquel elle constitue une forte encoche allongée, d'un centimètre environ.

Cette fente est large d'un centimètre environ; on ne trouve pas sur ses bords ces tubercules osseux équidistants, vestiges de la division des apophyses épineuses, qui semblent absolument manquer, ainsi que les lames. L'espace libre formé par la fente est absolument fermé par une membrane en apparence résistante qui empêche tout accès dans le canal rachidien; nous avons déjà dit que les filaments blancs nacrés n'émanaient pas de ce point, mais des parties latérales de la fente. I n'en est pas moins vrai qu'il doit exister dans cette lame fibreuse quelques trous petits, impossibles à reconnaître ni au toucher ni par l'exploration du stylet, puisque là tumeur augmentait sous l'influence des efforts.

Quoi qu'il en scit, il ne s'en écoule aucune quantité appréciable de liquide au cours de l'opération.

Tous les filaments restent au niveau de là fente avec la portion de paroi kystique à laquelle ils adhéraient; nous procédons à la résection de la portion altérée, gangréneuse de la bande transparente adhérente à la base. Puis les deux portions opposées sont réunies par huit points de suture au crin de Florence. Pansement à la gaze iodoformée. Il n'existe aucune paralysie des membres inférieurs.

Le lendemain, le pansement est renouvelé; il n'a pas été souillé.

Le 26, le pansement ayant été un peu souillé par l'urine, la plaie lavée avec la solution boriquée à 3 0/0, un pansement humide remplace la gaze iodoformée.

Le 30, les points de suture sont retirés ; il existe un peu de sphacèle à l'angle inférieur. Désunion dans l'étendue des deux points inférieurs de la suture. L'enfant pendant quelques jours s'alimente assez mal; il a de la diarrhée et quelques vomissements.

Le 19 novembre, il sort complètement guéri et dans un état général très satisfaisant.

L'examen du liquide a été pratiqué par M. Patein, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière, qui a bien voulu me remettre la note suivante :

Liquide de teinte rosée, teinte due à un peu de sang; réaction neutre; matières fixes, 13gr,80 par kilogramme; sels andhydres, 8gr,10 par kilogrmme; chlorures, 6gr,40 par kilogramme.

Les matières albuminoïdes ne sont pas coagulées par l'ébullition en présence de 2 gouttes d'acide acétique; la faible quantité de liquide n'a pas permis le dosage, mais l'albumine existe en proportion notable.

Les quantités de sels et de matières fixes de ce liquide sont à peu près les mêmes que celles du liquide céphalo-rachidien, mais il en diffère par sa réaction neutre ainsi que par la proportion et la nature des matières albuminoïdes.

Nota. — Au moment où j'ai présenté l'enfant à la Société de chirurgie (décembre 1890), il présentait deux phénomènes importants à signaler : 1° une augmentation notable des diamètres de la tête, véritable hydrocéphalie si souvent signalée après la cure des spina-bifida;

2° une paraplégie totale. N'ayant pas revu l'enfant depuis l'opération, il ne m'est pas facile de dire à quelle époque remontent les complications; la mère n'a rien pu me dire à ce sujet. L'état général est resté excellent.

A quelle variété anatomique avons-nous eu affaire ? Il est d'abord certain qu'il n'existait dans la poche aucun élément de la moelle, bien qu'il n'y ait pas eu d'examen histologique. L'autorité de notre maître M. Berger en fait foi. S'agit-il d'un kyste indépendant, de la période embryonnaire, ayant pu par ses connexions s'opposer à la formation de l'arc postérieur des vertèbres lombaires et constituer le spina-bifida par un mécanisme semblable à celui qui a été bien indiqué par M. le professeur Lannelongue dans la formation de certains becs-de-lièvre ? Nous ne le croyons pas, malgré l'existence de cette membrane résistante fibreuse qui empêchait l'accès du canal rachidien. Nous croyons plutôt à l'existence d'une véritable méningocèle, formée par un diverticulum anormal des méninges rachidiennes communiquant avec la cavité de l'arachnoïde par un ou plusieurs orifices de la membrane indiquée.

La présence de filaments tendineux au milieu de cette poche, leur insertion en avant, constituent des particularités difficiles à expliquer *a priori*. Nous croyons cependant, à défaut d'examen histologique, que leur insertion autour de la fente osseuse ne peut laisser de doute sur leur nature. Nous pensons que, primitivement, ces filaments se trouvaient en dehors du diverticulum séreux; que, gênée dans son développement, la poche s'est portée en dehors, au delà de ses filaments, formant autour d'eux de minces méso qui n'ont pas tardé à se rompre. Cette hypothèse me paraît vraisemblable et seule susceptible d'expliquer cette intéressante particularité de notre tumeur.

Ainsi que nous l'avons indiqué à la fin de l'observation, cet enfant présentait, au moment où nous l'avons amené devant la Société de chirurgie, une hydrocéphalie commençante et une paraplégie totale.

Cette circonstance nous a très vivement frappé et nous paraît se rattacher à la question de pathogénie, encore si mal connue.

M. le Dr Boyer, ancien assistant du professeur Gussenbauer, aujourd'hui chirurgien de l'hôpital des Enfants de Prague, a eu l'occasion de faire des constatations inverses, qu'il a consignées dans deux mémoires présentés successivement à la Société de médecine de Prague en 1889 et insérées dans le *Woch. Prager*, 1889.

Lors de notre voyage en Autriche, M. Boyer a eu l'amabilité de nous présenter des enfants paraplégiques avant l'intervention et chez lesquels tout symptôme médullaire avait entièrement dis-

paru. Chez deux de ces malades, le cas était complexe : la moelle insérée dans la tumeur avait été disséquée et replacée dans le canal rachidien.

Comment, dès lors, expliquer, dans les cas où aucun phénomène inflammatoire n'accompagne l'apparition de la paraplégie et où, en conséquence, on ne peut invoquer l'existence d'une méningo-myélite, comment, dis-je, expliquer l'apparition tardive d'une paraplégie dans les cas de méningocèle simple?

Chez notre petit malade il existait, en outre, une hydrocéphalie commençante, accident bien fréquent d'après les tableaux qui vont être bientôt publiés par notre interne M. Bellangé, auquel j'ai inspiré une thèse sur cette question.

Ces deux accidents, qui doivent être souvent concomitants, présentent un intérêt de premier ordre ; et si leur imminence dans un certain nombre de cas ne saurait arrêter notre intervention, ils doivent au moins nous engager à étudier avec le plus grand soin la pathogénie si obscure du spina-bifida.

Discussion.

M. Bazy. M. Berger a parlé de l'apparition d'une hydrocéphalie à la suite d'une opération dirigée contre le spina-bifida ; il suppose que la première est liée à la seconde par une relation de cause à effet. Cette relation ne me paraît pas démontrée ; il est possible que l'hydrocéphalie, restée latente jusque-là, ait été reconnue seulement après l'intervention chirurgicale, comme le montre un fait que j'ai observé. Trouvant que M. Berger a trop engagé sa responsabilité, je tiens à rapporter cette observation qui la dégage.

Un enfant de 15 jours m'est amené à l'hôpital Beaujon, atteint d'un spina-bifida lombaire du volume d'une petite noix. Le trouvant trop jeune et ne sachant pas s'il serait viable, je dis de le ramener au bout d'un mois et demi ou deux mois.

Il fut ramené après trois semaines environ : le volume du spina-bifida était celui d'une mandarine ; il y avait en même temps une hydrocéphalie énorme et de la paraplégie. Or, ni l'une ni l'autre n'existaient lors de mon premier examen ; de plus, le médecin de l'enfant m'avait dit qu'à la naissance il n'y avait aucune tumeur dans la région lombaire ; il y avait même une dépression circulaire montrant qu'il existait une perte de substance du rachis à ce niveau. Je pensai que le développement et la marche de l'hydrorachis constituaient une indication opératoire, je ponctionnai et réséquai une partie de la poche. Les suites furent aseptiques ; mais la mort n'en est pas moins survenue au bout de trois semaines environ.

M. Périer. Mon petit malade n'a pas eu la même chance que celui de M. Berger. Ramené à Lariboisière quelque temps après l'opération, M. Constantin Paul a conseillé à sa mère de lui faire suivre un traitement et de le ramener encore. Il n'est pas revenu, et je pense, vu l'état d'athrepsie où il se trouvait, qu'il a succombé. Je m'informerai à cet égard.

Dans un cas de spina-bifida récent, que j'ai opéré avec M. Berger, j'ai réduit la moelle dans le canal rachidien à l'aide d'un procédé de suture que j'indiquerai, et qui, je crois, n'a pas encore été employé.

M. Berger. Je répondrai à M. Bazy que son explication est très plausible, et que je ne demande pas mieux que de m'y rattacher. Seulement, comme je n'en suis pas sûr, j'ai cru devoir en signaler une autre qui montre la responsabilité possible de la chirurgie dans ce résultat fâcheux.

Rapport.

Sur un cas de grossesse extra-utérine,

Rapport par M. Périer.

Messieurs, je viens au nom d'une commission dont vous m'avez nommé rapporteur vous rendre compte d'une observation qui vous a été présentée par M. le Dr Lebec et qui a pour titre :

Grossesse extra-utérine. Menace de rupture. Laparotomie au huitième mois. Enfant vivant. Mort de la mère en deux heures. Mort de l'enfant en vingt-quatre heures.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une femme de 35 ans, qui avait eu, treize ans auparavant, un enfant venu normalement. Trois ans plus tard, elle fut traitée pendant deux mois pour une hématocèle. Depuis cette époque, ses règles furent habituellement douloureuses ; elles parurent pour la dernière fois le 20 septembre 1887. Le 15 octobre suivant apparurent des vomissements et des douleurs dans le ventre et dans les reins ; bientôt après, les seins se gonflèrent et il y eut un peu d'écoulement roussâtre par le vagin.

Après différentes péripéties, elle fut adressée, le 15 février 1888, au docteur Lebec comme atteinte d'hématocèle. Notre confrère constate à ce moment que le ventre est développé dans la partie sous-ombilicale comme celui d'une femme enceinte de cinq mois environ; il est dilaté transversalement, on y sent une masse dure

plus développée à droite qu'à gauche, montant à deux travers de doigt de l'ombilic et se prolongeant dans les fosses iliaques en formant comme deux cornes. La tumeur est dure à droite, fluctuante à gauche et de ce côté on perçoit à l'auscultation un bruit de souffle utéro-placentaire extrêmement fort. Ce bruit, que rien ne modifie, va en diminuant vers la ligne médiane et cesse tout à fait à droite. En aucun point on ne peut entendre le double bruit caractéristique des battements du cœur fœtal. Le reste du ventre est souple, facile à explorer, non douloureux.

Le col utérin est très élevé, collé contre la branche droite du pubis et fortement déjeté de ce côté ; il est entrouvert, mou, violacé ; le vagin a de gros plis fortement colorés.

Une sonde de gomme, introduite par l'orifice du col, pénètre à 14 centimètres ; l'utérus est en latéro-version droite. Le cul-de-sac postérieur est fortement repoussé en bas et la tumeur, qui fait saillie à ce niveau, est fluctuante, mais on n'y sent pas de battements. Les seins sont gonflés et contiennent du lait, les veines de la peau sont dilatées. Constipation. Gêne mécanique de la miction. La malade a très bien remarqué que sa tumeur s'est développée lentement et d'une manière progressive. Il n'y a pas de fièvre.

Vers le 25 février, il survient des crises douloureuses, des coliques et un peu d'écoulement sanguin, sans caillots. Amélioration du 5 au 20 mars ; il survient alors des vomissements que rien n'arrête, il y a des lipothymies, un affaiblissement rapide, les coliques sont plus fortes.

Le 22 mars, M. Lebec se décide à intervenir. Il pratique à droite de la ligne médiane, pour éviter la région où l'on entend le souffle placentaire, une incision verticale qui monte du pubis à deux travers de doigt de l'ombilic ; il arrive, couche par couche, à travers le muscle grand droit, sur le péritoine qui n'adhère pas aux parties profondes, il l'incise et met à découvert l'utérus dont le fond, un peu déjeté à droite et large de 7 à 8 centimètres, dépasse le pubis de trois travers de doigt. Le ligament latéral gauche est soulevé par le kyste fœtal, qui aurait été rompu antérieurement, à en juger par la présence de caillots sanguins libres dans le péritoine. Du ligament latéral gauche auquel elle adhère, la tumeur passe en arrière de la matrice et du ligament large droit, sans adhérer ni à l'une ni à l'autre de ces deux parties ; elle remonte en haut vers l'ombilic ; sa surface régulière, rénitente, d'un bleu violacé, est formée par le placenta qui l'enveloppe complètement. M. Lebec cherche en vain une voie qui lui permette de ne pas le traverser. Ces tentatives infructueuses déterminent une abondante hémorrhagie ; notre confrère essaie, sans succès, d'arrêter le sang avec des pinces hémostatiques ; il fait comprimer en masse avec des

éponges. Il avait déjà agrandi l'incision abdominale, il se donne du jour en incisant la paroi transversalement, et ayant mis à nu tout le placenta, il y plonge sa main gauche, le traverse, saisit à une assez grande profondeur un pied du fœtus et fait rapidement l'extraction. La cavité est tout de suite bourrée d'éponges et les aides exercent par-dessus une compression des plus énergiques. Aucune tentative pour extraire le placenta. La plaie, largement saupoudrée d'iodoforme, est maintenue ouverte. Compression avec de l'ouate et un bandage de corps. Au réveil, la malade était d'une faiblesse extrême, pouls presque introuvable ; malgré une transfusion du sang, elle succomba deux heures après. L'enfant, du sexe féminin, vécut vingt-quatre heures.

A l'autopsie, on reconnut que le kyste fœtal reposait sur le plancher du périnée, remontait entre la matrice et le rectum, dépassant en haut l'ombilic. Il était fermé en haut par une fausse membrane formant cloison au-dessous de l'intestin grêle, mais adhérente à l'épiploon et au colon transverse. L'ovaire gauche ne put être retrouvé, la trompe gauche était rompue à 5 centimètres environ de l'utérus et se perdait dans les parois du kyste à l'endroit même où celui-ci avait été ouvert pendant l'opération. Le placenta occupait la face antérieure et le sommet de la poche, il formait comme un dôme vasculaire qui avait été traversé dans son milieu. La trompe et l'ovaire droits étaient volumineux et un peu inclinés à droite. La cavité péritonéale, dans sa partie supérieure, ne présentait pas trace d'inflammation.

Tel est, un peu abrégé, le récit de cette intervention doublement funeste. Sans entrer dans les généralités et en nous limitant au cas présent, nous sommes en face de deux questions :

Fallait-il intervenir ?

Comment devait-on intervenir?

La mère et l'enfant étant morts, il aurait certainement mieux valu ne pas intervenir ; mais les chances eussent-elles été plus grandes si l'on s'était abstenu ?

Pour l'enfant, la réponse est simple ; c'était le laisser volontairement mourir.

Pour la mère, la chose paraît au moins discutable.

Nous voyons que vers le 25 février il y a eu une crise douloureuse ; puis amélioration du 5 au 20 mars, et à cette dernière date une nouvelle crise caractérisée par des vomissements, lipothymies, affaiblissement rapide, coliques plus fortes. Cet état grave a paru à M. Lebec indiquer l'intervention, et il a opéré sans plus attendre. Bien qu'il ne manque pas d'observations où l'on voit que les malades ont pu surmonter des crises en apparence plus graves, il paraît cependant bien démontré que c'est le plus petit nombre et

que les chances de mort par rupture et par péritonite sont incomparablement plus grandes. Il nous paraît donc que M. Lebec a bien fait d'intervenir et que, s'il était un reproche à lui faire, c'est de n'être pas intervenu dès le 25 février, un mois plus tôt, alors que l'enfant était déjà viable et la mère moins affaiblie, quand peut-être il n'y avait pas eu déjà d'hémorrhagie intra-péritonéale. Il est à noter, en effet, que, le péritoine ouvert et l'enveloppe kystique encore intacte, on a trouvé assez souvent du sang épanché dans le ventre sans pouvoir en attribuer l'origine à une rupture évidente. Ces hémorrhagies coexistent-elles toujours avec les crises, en sont-elles cause ou effet? C'est un point que je ne saurais élucider.

Enfin, l'intervention étant admise, notre confrère aurait-il pu mieux faire ? Disons de suite qu'il n'a pas posé la question de l'élythrotomie et que, d'après les symptômes décrits, il n'y avait pas à la poser. Il a donc eu recours à la laparotomie.

Une fois le ventre ouvert, il a parfaitement pu constater la disposition de la tumeur, voir le ligament latéral gauche soulevé par le kyste fœtal et n'adhérant pas à l'utérus. Il voyait donc que l'angle utérin était libre, et il n'a pas songé à y appliquer une bonne et forte pince à ligament pour serrer le ligament large à son implantation sur l'utérus et interrompre ainsi la circulation dans le kyste fœtal. Cela est fort regrettable, car alors, suivant l'exemple plusieurs fois donné par M. Picqué en semblable occurrence, il aurait pu impunément ou au moins sans grand danger exécuter les manœuvres qui, à défaut de cette précaution, ont occasionné l'effroyable hémorrhagie contre laquelle il a lutté avec tant de difficultés et d'efforts, et dont une transfusion immédiate a retardé à peine les conséquences funestes.

Pour me résumer, je dirai que l'examen de cette observation ne saurait modifier les conclusions auxquelles arrivent aujourd'hui la plupart des opérateurs, conclusions formulées dans le récent travail inaugural de M. le Dr Regnauld et qui, pour les cas de ce genre, sont qu'on doit opérer aussitôt qu'il est possible alors que l'enfant est viable, en prenant toutes les précautions voulues et notamment en le soumettant à l'incubation artificielle, et, à l'égard de la mère, en faisant l'hémostase préventive avant d'intéresser le placenta.

Je propose à la Société d'adresser à l'auteur de cette communication des remerciements et de déposer son travail dans ses archives.

Présentation de pièce.

1° *Hématosalpinx.*

M. Paul Reynier. — Je présente à la Société des pièces provenant d'une opération que j'ai faite dans mon service il y a quatre jours, dans les circonstances suivantes : Il s'agissait d'une femme de trente ans, d'une bonne santé habituelle, qui, sauf une grossesse régulière à l'âge de vingt ans, n'avait rien à signaler dans son passé utérin. Il y a deux mois, trois ou quatre jours après la fin de ses règles, elle éprouva des douleurs dans la région hypogastrique gauche. Ces douleurs allèrent en s'accentuant et augmentèrent après la seconde époque de règles, qui fut douloureuse. Elle entra sur ces entrefaites dans le service de M. Roques, qui la fit passer dans le mien le 24 mars dernier.

A l'examen, nous constations par le toucher, dans le cul-de-sac gauche, une grosseur allongée transversale dans laquelle nous crûmes pouvoir reconnaître la trompe, évidemment prolabée. L'utérus était légèrement repoussé à droite ; le col n'offrait rien de particulier au spéculum. Le diagnostic fut porté de salpingite probablement hémorrhagique.

Le 28 mars, vers deux heures de l'après-midi, les règles commencèrent à apparaître ; l'écoulement était modéré et s'accompagnait de coliques douloureuses. Les règles s'arrêtèrent dans la nuit pour reparaître le lendemain matin, et continuer jusqu'au 30 mars, où le soir vers quatre heures se produisit une suppression brusque des règles, accompagnée de très vives douleurs dans le ventre; la malade eut une demi-syncope, et devint fort pâle. Le lendemain matin, les douleurs avaient diminué, mais la figure de la malade nous frappa par sa pâleur. Les règles n'avaient pas reparu.

Par le toucher, nous constations que le cul-de-sac latéral gauche bombait dans le vagin et était fluctuant. L'utérus était repoussé à droite, par une tumeur du volume d'une tête d'enfant, qui remontait jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic.

Devant ces symptômes, le diagnostic d'hématocèle péri-utérine s'imposait ; et, tenant compte de la salpingite antérieure, nous crûmes pouvoir rattacher l'hématocèle à une rupture de la trompe. La femme n'ayant pas de symptômes généraux, les douleurs se calmant, nous la laissons pendant quatre jours se remettre du choc produit par l'hémorrhagie, et, le 4 mars, nous faisons la laparotomie, avec l'idée d'enlever les annexes malades qui pouvaient être la cause de nouveaux accidents. Le ventre ouvert, nous trouvons au-dessus de la symphyse pubienne une tumeur située

sur le côté de l'utérus, tumeur limitée en avant par le feuillet antérieur du ligament large, et en haut par les anses intestinales. Après avoir essayé de ponctionner à travers le ligament large, ne voyant rien s'écouler par la canule, nous nous décidons à pénétrer dans la cavité de la poche, en détachant les adhérences supérieures intestinales. Nous voyons alors que les adhérences se faisaient à la trompe non rompue, mais distendue, ainsi que vous le voyez, par un caillot sanguin, que nous devons faire examiner ultérieurement. La trompe contribuait à former la paroi supérieure et elle avait été soulevée, séparée du cul-de-sac vaginal où nous l'avions constatée avant l'hématocèle, par le sang qui s'était épanché au-dessous d'elle. En effet, après l'avoir contournée, nous tombons dans une cavité remplie de sang en caillots, ce qui expliquait pourquoi par la ponction rien ne s'était écoulé. Cette cavité s'étendait en arrière de l'utérus, entre cet organe et le rectum; le cul-de-sac péritonéal recto-utérin en formait la paroi inférieure.

Après avoir vidé cette cavité des caillots et du sang qu'elle contenait, nous enlevons les annexes du côté gauche, et en même temps les annexes du. côté droit, donc la trompe est malade et présente les lésions manifestes d'une salpingite catarrhale. L'ablation des annexes du côté droit fut également faite dans le but de diminuer la congestion utérine qui survient souvent après l'ablation des annexes, et qui se traduit par un écoulement de sang, ayant tout le caractère de l'écoulement menstruel. Nous avions intérêt à diminuer cette congestion. En enlevant la trompe du côté gauche, la ligature placée trop près de la corne utérine, avait déchiré le ligament large sur son bord utérin, et nous avions été obligés de remédier à cette déchirure au moyen d'une suture en surjet avec fil de soie n° 1.

Les annexes enlevées, nous finissons l'opération par un nettoyage complet et minutieux de la cavité avec les éponges ; pour être sûr de ne pas laisser de caillots, nous terminons par un lavage à l'eau boriquée, bouillie, lavage fait pendant 10 minutes.

Nous refermons ensuite le ventre sans drainage. Disons tout de suite que la malade n'a pas eu de fièvre, qu'elle en est au quatrième jour et qu'elle va très bien.

Quant aux annexes enlevées, voici ce que l'examen nous montre: La face postérieure du ligament large présente des fausses membranes de formation récente, et on y trouve de nombreux caillots adhérents; dans l'épaisseur du ligament, on voit par transparence des hématomes. Mais les lésions sont surtout très prononcées dans cette partie du ligament qui réunit l'aileron postérieur ou ovarien à l'aileron moyen ou tubaire. Là, dans cette région qui correspond au plexus utéro-ovarien, on voit les veines très distendues, et au

niveau du hile de l'ovaire, on trouve une veine ouverte, fermée par un caillot, qui paraît avoir été l'origine de l'hémorrhagie. Ce qui vient à l'appui de cette idée, c'est le volume du ligament rond postérieur, donc les veines sont augmentées de volume et paraissent variqueuses; c'est la distance qui sépare l'ovaire du pavillon de la trompe, dont le ligament tubo-ovarien est très allongé ; il semble qu'une hémorrhagie s'est produite en ce point entre les deux organes, et les a séparés. Nous croyons donc qu'on doit interpréter cette pièce, comme nous fournissant un exemple d'une hématocèle produite par *rupture d'une des veines du plexus utéro-ovarien.* C'est donc la théorie de Devalz qui, dans le cas actuel, paraît être confirmée; nous ne croyons pas devoir penser à une pelvi-péritonite hémorrhagique, en faveur de laquelle il y a bien les fausses membranes qu'on voit sur la face postérieure du ligament large ; mais la rapidité de l'hémorrhagie, l'abondance du sang épanché, et surtout les lésions constatées sont absolument contraires à cette idée.

Je fais, de plus, remarquer que dans le cas actuel, la laparotomie m'a permis de trouver la source de l'hémorrhagie, de nettoyer complètement ma cavité, et de la nettoyer si complètement que je n'ai pas cru devoir faire le drainage péritonéal, recommandé dans tous les livres classiques après ces opérations ; je crois donc que ce cas peut être invoqué par les partisans de l'intervention par la voie abdominale, de préférence à la voie vaginale, lorsque l'hématocèle est récente et n'est pas suppurée.

Discussion.

M. Pozzi. Je profite de la communication intéressante de M. Reynier pour protester contre la résurrection possible d'une entité morbide que je crois condamnée : hématocèle par rupture spontanée d'un varicocèle utéro-ovarien ou de fausses membranes vasculaires de la cavité pelvienne. Que ces lésions puissent donner quelques gouttes de sang, je le veux bien; mais une grande hématocèle, jamais. Il s'agit, sans doute, dans le cas de M. Reynier, de ruptures vasculaires; mais entendons-nous bien : je crois qu'il y a un petit œuf, c'est une grossesse extra-utérine. Dans ces cas de grossesses tubaires, le plexus utéro-ovarien est turgescent; l'exploration chirurgicale vient dilacérer quelques vaisseaux, et l'hémorrhagie se produit. Je mettrais donc sur ce fait l'étiquette suivante : grossesse extra-utérine probable, et rupture traumatique des vaisseaux du ligament large.

Au point de vue de la pathogénie, l'examen de cette pièce est important. La trompe du côté opposé est à peu près saine, preuve

qu'il ne s'agit pas là d'un hématosalpinx bilatéral, par une double salpingite parenchymateuse devenue hémorrhagique, mais qu'on a probablement affaire à une grossesse tubaire.

M. Bazy. Dans un cas de grossesse extra-utérine que j'ai présenté, l'hématocèle s'était produite après les manœuvres d'exploration.

M. Routier. Au sujet de l'intervention, il faut reconnaître que la laparotomie, en pareil cas, est généralement bénigne. Je ferai seulement remarquer que, par l'intervention vaginale, M. Reynier aurait pu vider la trompe malade et laisser la trompe saine.

M. Pozzi. Dans un cas récent, j'ai pu, par la laparotomie, enlever la trompe malade d'où venait le sang, puis, tenant le ventre fermé provisoirement par des compresses-éponges et par la main des aides, évacuer par une incision vaginale le sang de l hématocèle, en respectant le voile d'adhérences qui la limitait du côté du ventre. C'est l'association de l'élythrotomie avec la laparotomie, celle-ci m'ayant permis d'enlever une partie du mal et d'explorer le reste.

M. Schwartz. Il y a un an, avec M. Routier, j'ai fait une opération analogue à celle de M. Pozzi. J'ai abordé par la laparotomie une vieille hématocèle, puis, reconnaissant l'impossibilité de la traiter ainsi, je l'ai évacuée par l'incision vaginale.

M. Reynier. Je ne me prononce pas sur l'existence de la grossesse extra-utérine; ma malade n'avait pas présenté de symptômes capables d'y faire penser, et je ne trouve pas de corps jaune dans l'ovaire. Néanmoins, j'examinerai la pièce à ce point de vue.

Quant à l'intervention, il faut distinguer les hématocèles récentes et les anciennes; dans le premier cas, il est bien plus facile de nettoyer par la laparotomie le foyer pathologique, on l'a tout entier sous les yeux, on fait une meilleure opération que par la voie vaginale.

2° *Rein polykystique.*

M. Pozzi. J'ai l'honneur de présenter un *rein droit, flottant et polykystique,* dont le volume est triple de l'état normal, et que j'ai extirpé samedi dernier par la voie transpéritonéale.

L'opération a été bénigne; je me bornerai à quelques réflexions.

J'ai fait une petite incision médiane, que je crois suffisante, et cette petitesse est utile pour n'avoir pas à lutter contre l'intestin.

Je trouve superflu le traitement de la poche résultant de l'énucléation du rein, tel que certains de nos collègues l'ont préconisée. Au lieu de suturer le péritoine à la paroi abdominale pour isoler

le champ opératoire, je me suis borné à laisser retomber la plaie péritonéale sans l'oblitérer.

L'ouverture se rétrécit spontanément en se plissant comme l'ouverture d'une bourse.

Il faut se garder de compliquer l'acte opératoire ; seule, la désinfection du pédicule est nécessaire, et en particulier celle de l'uretère avec le thermo-cautère. On ne devrait suturer la loge péritonéale que si l'on y était obligé pour l'hémostase, ainsi que cela peut arriver exceptionnellement dans l'énucléation des kystes ovariens ou para-ovariens inclus dans le ligament large.

M. Polaillon. J'ai présenté un rein mobile enlevé par la voie transpéritonéale, sans isolement du foyer opératoire ni fixation du péritoine à la paroi ; je considère cette manœuvre comme inutile.

Présentation d'instrument.

M. Prévost, de Croissy, présente un *bandage droit élastique* pour la contention des hernies, expérimenté dans le service de M. Berger (rapporteur, M. Berger).

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 15 avril 1891.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. Nimier présente de la part de M. Audet, médecin-major

de 1re classe à l'hôpital de Gabès (Tunisie), un travail intitulé : *Observation d'un cas de guérison d'un tétanos traumatique.*

A propos du procès-verbal.

M. Reynier. J'ai prié M. le Dr Pilliet d'examiner la trompe que j'ai présentée dans la dernière séance : il y a trouvé les vestiges d'une caduque. Je donnerai ultérieurement l'examen complet ; je tiens seulement à dire aujourd'hui que l'interprétation proposée par M. Pozzi était exacte.

M. Pozzi. La malade dont je vous ai présenté le rein polykystique va parfaitement bien ; elle rend, par le rein qui lui reste, une quantité normale d'urée et de sels.

Communication.

Sur quelques variétés de la hernie inguinale congénitale chez la femme ; en particulier, des hernies compliquées d'un kyste du canal de Nuck et des hernies en bissac.

Par M. Paul Berger.

Les variétés de la hernie inguinale chez la femme sont très imparfaitement connues.

On admet, par analogie avec ce que l'on observe chez l'homme, qu'un certain nombre de ces hernies sont d'origine congénitale ; mais les caractères anatomiques de ces dernières n'ont jamais été précisés, et leur existence ne repose guère que sur une hypothèse. Il n'est donc pas sans intérêt de faire connaître des exemples de hernies inguinales, manifestement congénitales, observées chez la femme et d'appeler l'attention sur quelques-uns des traits qui permettent de préciser leur nature et leur origine. Deux cas de cet ordre viennent de se présenter dans mon service, et les constatations faites au cours de l'opération pratiquée pour en obtenir la cure radicale, nous ont fait reconnaître des particularités intéressantes à ce point de vue. Voici le résumé de ces deux faits, que nous ferons suivre de la relation d'un troisième cas, fort différent, qui paraît se rattacher à l'existence d'une sorte de hernie congénitale assez fréquemment observée chez l'homme, mais jusqu'à présent presque inconnue chez la femme ; nous voulons

parler de la hernie inguino-interstitielle ou intra-pariétale, en bissac.

Obs. I. — *Hernie inguinale contiguë à un kyste du canal de Nuck. Cure radicale. Guérison.*

Marie M..., âgée de 31 ans, femme de chambre, a commencé à souffrir de l'aine droite en 1884, époque à laquelle elle avait été atteinte de pelvi-péritonite. Ce ne fut néanmoins qu'en 1888 que, dans un effort violent de défécation elle ressentit, en même temps qu'une douleur plus prononcée, un craquement et qu'elle reconnut dans la région inguinale droite une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Un bandage fut prescrit par un médecin, mais il ne put jamais être supporté; aussi la hernie s'accrut-elle de volume, et c'est en raison de cet accroissement et des douleurs que provoquait l'application des bandages, que la malade vient demander à en être débarrassée.

Il existe, en effet, un peu au-dessous de l'anneau inguinal externe, une hernie présentant tous les caractères des hernies inguinales ordinaires; elle paraît renfermer un peu d'épiploon réductible; elle rentre d'elle-même quand la malade se couche, pour ressortir dès qu'elle se lève.

L'*opération* de la cure radicale est pratiquée le 22 janvier de cette année. L'incision des enveloppes externes conduit sur une couche de tissu dartoïque, que l'on doit inciser pour trouver le sac; celui-ci paraît très vasculaire et est intimement adhérent à d'assez grosses veines flexueuses. Il est ouvert près de son fond, quelques grammes à peine de sérosité s'écoulent, et l'on pénètre dans une cavité tapissée par une membrane ayant l'aspect du revêtement séreux d'un sac herniaire, mais close également de toutes parts et ne présentant aucun prolongement du côté du trajet inguinal; ce n'est donc pas la cavité du sac herniaire que l'on a ouverte, mais celle d'un kyste inguinal derrière lequel on voit le sac véritable; celui-ci n'est séparé du kyste que par une cloison très mince, lisse, ne présentant ni froncement, ni plis, ni épaississement. Cette cloison ayant été divisée, on put s'assurer que l'on était bien dans la cavité du sac, qui était vide. L'aponévrose du grand oblique fut alors incisée dans une étendue de 4 à 5 centimètres suivant le trajet de ses faisceaux, à partir de l'anneau inguinal externe; le pédicule du sac fut mis à découvert, le sac lui-même avec le kyste qui lui adhérait fut isolé jusqu'au-dessus de l'anneau inguinal interne; pendant cet acte on put s'assurer que le kyste et le sac adhéraient assez intimement au ligament rond, dont on eut quelque peine à les détacher. Le pédicule du sac fut alors lié et le sac réséqué; le moignon du sac fut fixé à l'intérieur du ventre, au-dessus de l'anneau inguinal profond, au moyen d'une ligature traversant la paroi abdominale d'arrière en avant à ce niveau (procédé de Barker); enfin, la paroi abdominale fut reconstituée par une suture à étages réunissant le tendon conjoint à la lèvre postérieure de l'ar-

cade de Fallope, puis l'aponévrose du grand oblique, enfin, les lèvres de l'incision cutanée (procédé de Bassini).

Les suites ne présentèrent rien de particulier à noter; la plaie se réunit sous le premier pansement; au bout de trente jours de repos au lit, la malade vient de quitter l'hôpital sans que j'aie jugé nécessaire de lui faire porter un bandage.

Sur la pièce que je vous présente, vous pouvez voir un sac épais, doublé de ce tissu dartoïque que j'ai mentionné et qui avait bien l'aspect des fibres musculaires lisses du ligament rond; ce sac se continue avec le kyste, de forme irrégulière, un peu allongée; leur adhérence est intime, la cloison qui les sépare très mince, mais elle établit entre leurs cavités une séparation complète.

Comment interpréter ce fait? La fusion des deux parties constituantes de la tumeur, hernie et kyste, ne permet pas de leur assigner une origine distincte et d'admettre qu'une hernie acquise soit venue s'ajouter à un kyste inguinal préexistant. La hernie est manifestement sortie derrière le kyste, avec le kyste, elle fait partie du même tissu et, par conséquent, de la même évolution. S'agit-il donc d'une hernie qui se serait développée derrière un kyste sacculaire résultant de l'oblitération du collet d'une première hernie? Cette hypothèse ne peut se soutenir, la malade n'ayant jamais porté de bandages ni contenu sa hernie. D'ailleurs, l'examen de la pièce la contredit formellement : au niveau du point où la hernie se continue avec le kyste, on ne voit qu'une membrane étroite et lisse; nulle part on ne trouve les reste d'un collet, avec son froncement, ses stigmates. Pour les mêmes raisons, le kyste ne peut être considéré comme un hygroma développé par la pression des appareils. Il ne peut donc être qu'un de ces kystes congénitaux, développés aux dépens du canal de Nuck incomplètement oblitéré, par une anomalie sur laquelle j'aurai dans un instant à m'expliquer avec quelques détails; la hernie ne peut dériver que de la même origine.

Hernie et kyste sont donc dus à l'oblitération imparfaite du canal péritonéal qui accompagne le ligament rond pendant la vie intra-utérine, la tendance à l'oblitération ne s'étant manifestée qu'en un point pour déterminer le cloisonnement d'où est résulté l'isolement du kyste et de la hernie. L'adhérence du kyste et du sac herniaire au ligament rond plaide, d'ailleurs, en faveur de cette origine. Il est à remarquer que le kyste renfermait une quantité insignifiante de liquide, et que son existence n'avait pu être constatée avant l'opération; c'était une cavité kystique plutôt qu'un kyste proprement dit, mais nous allons voir tous ces caractères repro-

duits et d'une manière plus curieuse et plus frappante encore dans une deuxième observation que voici :

Obs. II. — *Kyste inguinal en relation avec un sac herniaire adhérent au ligament rond. Adhérence par glissement de la trompe au sac herniaire. Cure radicale. Guérison.*

Louise D..., âgée de 23 ans, ne s'est aperçue qu'il y a six mois de l'existence d'une grosseur dans l'aine droite; cette tumeur rentrait la nuit, sortait le jour; elle s'accrut rapidement et devint un peu douloureuse. A l'entrée de la malade à l'hôpital, on constatait l'existence bien nette d'une hernie inguinale, grosse comme un œuf de pigeon, s'accompagnant d'un certain degré de dilatation de l'anneau externe; et n'espérant plus, vu l'âge, obtenir une guérison par les bandages, je proposai l'opération qui fut acceptée.

Cure radicale le 7 février. Après avoir traversé une couche ayant toute l'apparence du tissu musculaire lisse, et pourvue de nombreux vaisseaux fournissant un écoulement abondant qu'il fallut arrêter par l'application de pinces nombreuses, je trouvai le sac aplati et flasque; je l'incisai près de son sommet et fus surpris de constater que, comme dans le cas précédent, j'étais dans la cavité d'un kyste. Ce kyste était de petite dimension, comme une très petite noisette. Au-dessus de lui, je trouvai le sac herniaire qui se continuait avec sa paroi, je l'incisai, mais j'eus la plus grande peine à en pratiquer l'isolement, tant kyste et sac étaient adhérents et comme confondus avec le ligament rond. Je ne pus le faire qu'au prix d'un écoulement sanguin assez abondant, et en séparant avec beaucoup de peine, du ligament rond qui était très volumineux, une pellicule séreuse analogue à la plus mince couche de baudruche. Grâce à l'incision de la paroi intérieure du trajet inguinal, le sac put être isolé de la sorte jusqu'au-dessus de l'anneau inguinal profond; mais je m'aperçus, en le faisant, que j'attirais peu à peu le ligament rond, de telle sorte que, lorsque j'eus disséqué le sac sur une longueur suffisante, ce lien fibreux se trouva dénudé et attiré à l'extérieur sur une longueur de plus de six centimètres. Au moment où j'allais lier le pédicule du sac, je constatai que près de ce pédicule apparaissait un organe cylindrique, tapissé par le péritoine dans sa moitié supérieure seulement, présentant dans sa moitié dépourvue de péritoine une texture musculaire évidente; ce ne pouvait être l'intestin grêle; l'organe en question était trop gros pour être l'appendice, trop grêle pour être une partie du cœcum; d'ailleurs, il paraissait plonger dans l'excavation pelvienne; je reconnus la trompe, que par les tractions exercées sur le péritoine au-dessus du collet du sac, j'avais attirée jusqu'à l'orifice herniaire. Je fis donc une suture en surjet serré du collet du sac immédiatement au-dessus du point où se trouvait la trompe; je réséquai le sac et je fixai son pédicule dans le ventre à l'aide de la suture de Barker; puis je terminai l'opération comme dans le cas précédent, par la suture à étages de la paroi. L'opérée est aujourd'hui guérie, je l'ai revue hier même, et comme

chez la malade de l'observation précédente, la cure s'est parfaitement maintenue.

Ainsi qu'on peut en juger, il existe entre les phénomènes observés dans ces deux faits, identité presque complète. On constate, dans l'un et dans l'autre, l'existence d'un sac pourvu d'une enveloppe formée par des fibres musculaires lisses, sac très vasculaire, adhérent intimement au ligament rond, dont on ne peut le séparer que comme une pellicule séreuse très mince, adhérent enfin à un kyste contigu au fond du sac, kyste dont les parois se combinent avec celles du sac, dont le revêtement intérieur présente le même aspect, dont la cavité ne renferme presque pas de liquide.

Ce kyste, qu'on ne saurait considérer ni comme un kyste secondaire, ni comme un hygroma développé par la pression des bandages, ne peut être dû qu'à l'oblitération imparfaite du canal de Nuck; le sac herniaire, qui lui adhère, doit être rapporté à la même origine.

Admise par Camper [1] qui, dans sept autopsies d'enfants du sexe féminin, avait constaté une non-oblitération du canal décrit par Nuck en 1692, dont trois du côté gauche, quatre du côté droit, la persistance du canal de Nuck a été révoquée en doute par Duplay [2], dont les idées ont été reprises par son élève Rabère [3] dans sa thèse; les recherches plus étendues et plus précises de Féré [4] et de Hugo Sachs [5] ont mis son existence absolument hors de cause.

Féré, sur 158 cadavres de petites filles, examinés depuis le moment de la naissance jusqu'à l'âge de 3 ans, a trouvé le processus péritonéal qui accompagne le ligament rond complètement perméable, jusqu'à l'anneau inguinal externe, dans un cas seulement des deux côtés, dans un autre du côté droit, dans trois du côté gauche seulement. Ce canal était incomplètement oblitéré, une fois des deux côtés, neuf fois du côté droit, deux fois du côté gauche.

Dans ces 17 cas, l'examen anatomique se rapportait huit fois au premier mois; deux fois, du deuxième au sixième mois; les sept

[1] PETER CAMPER, *Sämmtliche kleinere Schriften übersetzt*, von I. F. M. Herbell, Leipzig, 1875-1878, t. II; Stück, t. I, p. 41-78.

[2] S. DUPLAY, Des collections séreuses et hyd. de l'aine (*Thèse de Paris*, 1865).

[3] RABÈRE, Essai sur la pathogénie des kystes séreux dits hydrocèles chez la femme (*Thèse de Paris,* 1883).

[4] FÉRÉ, Étude sur les orifices herniaires, etc. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, juillet, août, septembre 1879).

[5] HUGO SACHS, Untersuchungen über den Processus vaginalis peritonei als prädisposirendes Moment für die äussere Leistenhernie (*Archiv f. Klin. Chirurgie,* 1887, t. XXXV, p. 321).

autres à une époque plus éloignée de la naissance. Hugo Sachs [1] a constaté la persistance du canal de Nuck dans une proportion plus considérable encore : sur 150 enfants du sexe féminin examinés par cet auteur depuis la naissance jusqu'à la fin de la première année, 11 présentèrent une persistance complète du canal de Nuck des deux côtés, chez 16 il était ouvert à droite, oblitéré à gauche; chez 9 autres il était incomplètement oblitéré à droite et fermé à gauche ; dans un cas seulement il était complètement perméable à gauche quoique oblitéré du côté droit. Cet auteur a décrit avec le plus grand soin la disposition anormale créée par cette persistance : l'orifice de ce conduit, protégé par un repli valvulaire analogue à celui que Ramonède a découvert à l'entrée du canal péritonéo-vaginal, et son trajet oblique sous le péritoine pariétal, jusqu'au moment où il s'engage dans l'anneau inguinal interne. L'on ne peut donc nier que certaines hernies chez la femme se soient produites par la pénétration des viscères dans ce sac préformé, comme chez l'homme les hernies congénitales sont dues à la persistance du conduit péritonéo-vaginal.

De même que chez l'homme et dans le processus péritonéo-vaginal, d'ailleurs, la tendance à l'oblitération s'accuse dans le canal de Nuck par la constitution de cloisonnements complets ou incomplets, formés par des brides, des replis semi-lunaires, des diaphragmes saillants dans la cavité du sac.

Deux fois, au cours de l'opération de la cure radicale de hernies inguinales chez de jeunes femmes, l'année dernière et il y a deux ans, j'ai trouvé, correspondant à l'anneau inguinal interne, c'est-à-dire au point où on les trouve dans le canal péritonéo-vaginal de l'homme, des replis valvulaires de cet ordre, minces, tranchants, lisses, qui ne pouvaient être attribués à la formation d'un collet analogue à celui des hernies acquises. Nul doute, quand on rencontre cette disposition caractéristique dans une hernie inguinale, que cette hernie ne soit congénitale, qu'elle ne soit donc une hernie du canal de Nuck, chez la femme. D'ailleurs cette tendance au cloisonnement a été notée par Féré et Hugo Sachs, qui ont relevé de nombreux cas où la persistance du canal de Nuck était limitée à son extrémité supérieure; elle est rendue plus manifeste encore par l'étude des kystes séreux de l'aine auxquels on a donné le nom d'*hydrocèles de la femme*.

Ainsi que cela ressort d'un travail très complet de Wechselmann [2], où se trouvent réunis plus de soixante cas de ce genre,

[1] HUGO SACHS, *ibid.*

[2] W. WECHSELMANN, Ueber Hydrocele muliebris (*Archiv f. Klin. Chirurgie*, 1890, t. XL, p. 578).

un certain nombre de kystes de la région inguinale, chez la femme, ne peuvent être rapportés à une autre origine qu'à la persistance du canal de Nuck dans sa partie terminale, sa communication avec le péritoine s'étant plus ou moins complètement fermée. Dans ces cas encore, l'adhérence de la collection séreuse au ligament rond, le pédicule que la poche envoie dans le trajet inguinal et qui la relie au péritoine, parfois même la communication étroite qui persiste encore entre la collection séreuse et l'intérieur de l'abdomen indiquent clairement la relation qui unit le développement de ces tumeurs à l'absence d'involution du processus péritonéal. C'est à des kystes de cette espèce que j'ai eu affaire dans les deux observations que je viens de faire connaître; par une anomalie assez rare, ils n'étaient nullement distendus par du liquide, ce qui prouve que les cavités de cet ordre peuvent exister à l'état de vacuité presque complète, et, par conséquent, passer souvent inaperçues.

Parmi les cas relevés par Wechselmann, on n'en trouve que trois, celui de Kuhn (Obs. XXIV), celui d'Aschenborn (Obs. XXXVII) et un dernier, mentionné dans un appendice, où ait été notée l'existence simultanée de hernies inguinales avec des hydrocèles de cette nature; mais il est probable que les opérations de cure radicale permettront de constater cette coïncidence dans un assez grand nombre de faits, si l'attention des chirurgiens se porte sur ce point.

Quoi qu'il en soit, nous possédons déjà, pour caractériser à l'examen direct les hernies inguinales congénitales de la femme, un certain nombre de données que nous allons rappeler en quelques mots :

1° L'existence dans les enveloppes du sac herniaire de fibres musculaires lisses formant une couche continue semblable à du tissu dartoïque;

2° La très grande vascularité de ce sac, dont les vaisseaux se continuent manifestement avec ceux qui émergent du trajet inguinal en suivant le ligament rond;

3° La présence de cloisonnements incomplets sous forme de diaphragmes, de replis semi-lunaires, de valvules, de brides faisant saillie dans la cavité du sac;

4° L'existence d'un cloisonnement complet transformant en une cavité distincte, en une sorte de kyste surnageant au sac herniaire, le fond de ce sac, c'est-à-dire le cul-de-sac terminal du canal de Nuck;

5° Enfin et surtout l'adhérence intime du revêtement séreux du sac au ligament rond, qu'il accompagne comme le processus péritonéo-vaginal accompagne le cordon spermatique.

Les exemples que l'on possède des variétés insolites de la hernie inguinale congénitale chez la femme sont de la plus grande rareté; l'observation suivante peut donc être considérée comme un cas tout à fait exceptionnel.

Obs. III. — *Hernie inguinale en bissac chez la femme. Accidents fréquents et graves d'étranglement. Cure radicale. Guérison.*

Le 14 juillet 1890, la femme M..., âgée de 39 ans, était admise dans mon service comme atteinte d'étranglement herniaire; on fit appeler un chirurgien, et quand M. Campenon arriva, vers une heure du matin, la hernie venait de rentrer spontanément; elle était sortie dans l'après-midi, et immédiatement étaient apparus tous les symptômes d'un étranglement grave, douleurs très vives, vomissements fréquents, irréductibilité complète de la tumeur.

Ce n'était pas la première fois que la malade présentait des accidents de cette nature; elle avait vu se développer sa hernie à l'âge de 22 ans, quelques mois après la première couche; la tumeur, située du côté gauche, avait alors le volume d'un œuf de pigeon; elle était bien contenue par un bandage.

Deux ans après survenait un premier accident qui se terminait par la réduction de la hernie, grâce au taxis pratiqué dans un bain. Deux ans après encore, nouvel étranglement qui, cette fois, ne peut être réduit qu'avec le chloroforme; dans les six ou huit années suivantes, trois fois encore la hernie s'était étranglée et chaque fois il avait fallu recourir à l'anesthésie pour la faire rentrer. Elle était de moins en moins bien contenue par les bandages que l'on avait fait renouveler et modifier à plusieurs reprises; néanmoins M. Tillaux, consulté sur l'opportunité d'une opération, s'était prononcé contre elle en 1886. En 1887, un étranglement plus sérieux força de recourir à l'opération de la kélotomie, qui fut pratiquée par un chirurgien de Metz, pendant un séjour que la malade faisait dans cette ville; la hernie étranglée avait alors la forme et le volume d'une bouteille d'un litre; l'opération n'avait pas été suivie de cure radicale, et la hernie s'était reproduite avec le même volume qu'auparavant, mais elle n'avait plus donné lieu à aucun accident jusqu'à l'étranglement pour lequel elle fut admise dans le service.

Quand je vis la malade, le lendemain, la hernie était ressortie, mais elle était souple et facilement réductible. Elle était allongée suivant la direction du pli de l'aine et formait une sorte de bourrelet au-dessus de l'arcade de Fallope, remontant presque jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure; la partie la plus saillante formait une grosse bosselure au-dessus de la partie moyenne de l'arcade crurale. Au niveau de la grande lèvre on observait une hernie, paraissant au premier abord indépendante de la précédente, ayant le volume d'un œuf, et dont le pédicule correspondait à l'anneau inguinal externe. A ce niveau l'on constatait une cicatrice ancienne de huit centimètres de long, qui résultait manifestement de l'opération pratiquée trois ans auparavant.

Quand on cherchait à réduire la hernie qui occupait la grande lèvre, on n'y parvenait qu'avec peine, et la tumeur placée au-dessus de l'arcade crurale devenait en même temps plus tendue ; quand on faisait rentrer celle-ci la première, la réduction de la hernie de la grande lèvre s'obtenait sans difficulté, et le doigt, refoulant la peau, au niveau de la partie moyenne de l'arcade crurale, pouvait s'engager de haut en bas et de dehors en dedans dans le trajet inguinal pour venir ressortir par l'anneau inguinal externe, dans le sac qui occupait la grande lèvre. Il existait donc une hernie double, dont une partie occupait la grande lèvre, l'autre la partie moyenne de la région inguinale ; ces deux poches aboutissaient à une cavité commune, sorte de vestibule, situé probablement dans l'épaisseur de la paroi abdominale, peut-être en arrière d'elle.

Il était nécessaire de débarrasser la malade d'une hernie qui était pour elle une menace continuelle. L'opération de la cure radicale fut pratiquée le 22 juillet de la façon suivante :

Une grande incision, parallèle à l'arcade de Fallope, fut conduite au-dessous d'elle sur la partie la plus saillante de la hernie ; on put alors constater que la bosselure qu'on observait à ce niveau n'était pas sous-cutanée, mais qu'elle était recouverte par l'aponévrose d'insertion du grand oblique, dont les faisceaux, quoique dissociés, se voyaient manifestement en avant d'elle.

L'aponévrose du grand oblique fut incisée et l'on ouvrit le sac qui lui adhérait intimement ; la cavité constituée par ce sac remontait jusqu'à trois bons travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope, sur laquelle elle reposait par son bord inférieur ; elle s'étendait, en dehors, presque jusqu'à l'épine iliaque, en dedans elle se prolongeait, sous forme de diverticule, au travers de l'anneau inguinal externe, pour se continuer avec le sac contenu dans la grande lèvre ; le pilier inguinal externe et les quelques faisceaux voisins de l'aponévrose du grand oblique étaient très résistants et bridaient, à ce niveau, très fortement la partie antérieure de la hernie. Sur la paroi postérieure du sac se voyait un orifice qui pouvait admettre le bout de l'index ; il faisait communiquer la hernie avec la cavité abdominale, et il était situé plus haut et plus en dehors que ne l'est d'ordinaire l'anneau inguinal profond.

Le sac fut isolé sans trop de peine de l'aponévrose du grand oblique, de l'arcade de Fallope, puis de la paroi postérieure de la cavité en question, paroi qui se trouva constituée par l'aponévrose du muscle transverse, le pilier postérieur et le bord de la gaine du muscle grand droit, enfin par le fascia transversalis : sans inciser le pilier externe, il fut assez facile d'attirer et de détacher le prolongement diverticulaire qui sortait par l'anneau externe pour se rendre à la grande lèvre ; le pédicule du sac fut alors lié et coupé, le sac extirpé ; une suture perdue en surjet, faite avec de fort catgut, réunit sur toute la longueur de la cavité laissée à nu par l'extirpation du sac, l'aponévrose du muscle transverse à la lèvre postérieure de l'arcade Fallope ; un autre plan de sutures au catgut réunit les bords de l'incision de l'aponévrose

du grand oblique et les piliers de l'anneau inguinal externe. Les téguments furent suturés au crin de Florence. Je ne fis pas de drainage. La guérison se fit par première intention, sous un seul pansement et sans aucun incident. J'ai revu six mois apres cette malade; la paroi abdominale paraissait bien solide et ne bombait ni dans les efforts ni dans la toux; la guérison définitive paraît donc assurée.

Cette hernie reproduit absolument le type des hernies en bissac observées chez l'homme; celles-ci se composent en effet d'un sac ou renflement intra-pariétal, interstitiel, étalé dans le dédoublement de la paroi abdominale, et d'un sac scrotal qui communique avec le précédent au niveau de l'anneau inguinal externe. Cette sorte de hernie doit toujours être considérée comme une hernie congénitale; elle ne diffère de la hernie intra-pariètale interstitielle que par le diverticule scrotal qu'elle présente et par l'absence d'ectopie testiculaire. Aussi, quoique nous n'en puissions donner de preuve certaine, la hernie en bissac que nous avons observée chez notre opérée doit-elle être considérée comme une hernie congénitale: l'épanouissement du sac dans l'épaisseur de la paroi abdominale, développement qu'on pourrait à la rigueur attribuer à la pression d'un bandage mal appliqué, semble accuser cette origine; mais ce qui l'indique surtout, c'est la situation anormale de l'anneau inguinal profond; celui-ci se trouvait placé en haut et en dehors de son siège anatomique, et c'est un des caractères qui ont été fréquemment relevés et indiqués même comme propres aux hernies interstitielles et pro-péritonéales. On sait même que Meinhard Schmidt s'est appuyé sur lui pour admettre que la cause première du développement de cette sorte de hernie était dans une insertion vicieuse du gubernaculum testis, chez l'homme [1].

Les deux seuls exemples que je connaisse de hernies en bissac chez la femme ont été publiés par Luke [2] et par C. Hilton Golding-Bird [3]. Ce dernier fait ressemble trait pour trait à celui que je viens de publier, avec cette seule différence, que dans le cas de Golding-Bird, le renflement supérieur de la hernie avait traversé l'aponévrose du muscle grand oblique et était devenu sous-cutané, tandis que dans le mien la partie antérieure de ce renflement était encore contenue par l'aponévrose du grand oblique; le renflement supérieur du bissac était donc véritablement intra-pariétal chez ma malade; il en était de même chez celle qu'a observée Luke et qui était une vieille femme de 80 ans.

[1] MEINHARD SCHMIDT, *Archiv f. Klin. Chirurgie,* 1885, t. XXXII, p. 898.

[2] LUKE, *London medical Gazette*, mars 1850, p. 458.

[3] C. HILTON GOLDING-BIRD, Two cases of « hernie en bissac » in women, one being also intraparietal (*Transact. of the clinical Soc. of London*, 1884, t. XVII, p. 210.)

En comparant les phénomènes que présentait la hernie dans ces deux cas avec ceux qui sont retracés dans mon observation, on peut assigner aux hernies en bissac chez la femme les caractères suivants :

Caractères anatomiques. — Les hernies se composent d'une dilatation interstitielle, intra-pariétale, qui communique, au travers de l'anneau inguinal externe, avec un renflement diverticulaire de la hernie occupant la place ordinaire des hernies inguinales et descendant plus ou moins bas vers la grande lèvre.

Le renflement intra-pariétal s'étale dans la paroi abdominale à la façon des hernies intra-pariétales interstitielles accompagnées d'ectopie testiculaire chez l'homme; il est limité, en avant, par l'aponévrose d'insertion du grand oblique, dont les faisceaux dissociés peuvent parfois laisser passage à un renflement diverticulaire du sac, qui devient ainsi sous-cutané. En arrière, il répond au fascia transversalis et à l'aponévrose du transverse (tendon conjoint); il repose en bas sur l'arcade de Fallope.

Ce renflement interstitiel communique avec la cavité abdominale par un orifice qui représente l'anneau inguinal interne, mais qui peut être situé au-dessus et en dehors du point qu'occupe généralement celui-ci.

Caractères cliniques. — La hernie en bourse se présente avec les apparences d'une hernie de la grande lèvre, mais en examinant la région inguinale, on constate, au-dessus de l'arcade fémorale, l'existence d'un bourrelet plus ou moins considérable, parallèle à cette arcade, faisant même vers sa partie moyenne une saillie notable et presque superficielle, bourrelet qui possède tous les caractères des hernies réductibles, souplesse, sonorité, gargouillement obtenu par les malaxations, réductibilité, lorsque la hernie n'est pas le siège d'accidents. Quand on réduit la hernie de la grande lèvre, le renflement abdominal de la tumeur devient plus tendu ; lorsqu'on commence par réduire ce dernier, on obtient facilement la réduction de la hernie de la grande lèvre et la disparition totale de la tumeur. Le doigt qui a réduit la saillie abdominale de la hernie peut, en s'engageant dans le trajet inguinal, ressortir par l'anneau inguinal externe dans le sac de la grande lèvre ; la même manœuvre peut être répétée en sens inverse, de la grande lèvre vers la saillie abdominale de la hernie.

Ces hernies sont sujettes à des étranglements graves et parfois répétés ; elles ne peuvent être contenues avec sécurité par aucun bandage. Il faut donc les soumettre sans hésitation à l'opération de la cure radicale. En pratiquant celle-ci, l'on aura soin de faire

une suture à étages très soignée de la paroi abdominale dans toute l'étendue du décollement créé par la hernie et laissé à nu par l'extirpation du sac.

Sans qu'on puisse l'affirmer sur des preuves absolument certaines, les hernies en bissac chez la femme sont probablement d'origine congénitale, puisqu'elles apparaissent à une époque plus ou moins tardive. Elles doivent être assimilées aux hernies inguinales interstitielles ou intra-pariétales qu'on observe chez l'homme.

Discussion.

M. Tillaux. Je demanderai à M. Berger en quoi la situation de l'anneau inguinal interne en haut et en dehors est une preuve de hernie congénitale.

M. Berger. La situation anormale de l'anneau inguinal interne a été considéré, par Meinhard Schmidt, comme un des caractères constants des hernies intra-pariétales interstitielles et inguinales pro-péritonéales. Cet auteur, dans les cas de ce genre qu'il a observés ou sur lesquels il a pu trouver des documents anatomiques suffisants, a constaté que l'orifice profond du trajet inguinal était situé plus haut et plus en dehors qu'il ne l'est à l'état normal. Il a même cru pouvoir rattacher cette *dislocation* de l'anneau inguinal interne à une insertion vicieuse du *gubernaculum testis*, insertion vicieuse qu'il croit être la cause de l'anomalie péritonéo-vaginale et de l'ectopie testiculaire qui l'accompagne.

Communication.

Trois observations de névralgies sciatiques traitées par l'élongation.

Par M. Charvot.

Obs. I. — *Névralgie sciatique gauche, d'origine traumatique, tenace, résistant aux traitements médicaux, élongation du tronc sciatique à la partie moyenne de la cuisse, amélioration immédiate, guérison définitive.*

M. B..., âgé de 30 ans environ, facteur de la poste à Tunis, entre, le 17 mars 1889, à l'hôpital militaire du Belvédère pour une névralgie sciatique gauche.

Aucun antécédent morbide héréditaire ou personnel.

En 1885, il fait une chute assez grave. Il posait des fils télégra-

phiques. Le poteau casse et il tombe, d'une hauteur de sept mètres, sur la fesse gauche. Forte contusion, gonflement énorme, ecchymose, douleurs vives au niveau de la grande échancrure sciatique, sans irradiations névralgiques dans le membre inférieur gauche.

Il reprend son service, après quatre mois de repos, guéri, tout au moins en apparence, de cet accident.

Au mois d'avril 1888, au Kéf, à la suite de fortes fatigues, il commence à ressentir des fourmillements, des picotements, des tiraillements douloureux dans le pied gauche et le mollet. Ces premiers symptômes de névralgie sciatique s'atténuent, sans disparaître complètement, pendant la saison chaude.

Au commencement de janvier 1889, en faisant sa tournée pour inspecter la ligne télégraphique, il est forcé de passer plusieurs nuits dans des gourbis arabes sous des averses glaciales et des giboulées de neige. La névralgie sciatique reparaît avec aggravation des symptômes douloureux ; l'extension du membre inférieur gauche devient presque impossible, la marche très pénible. L'application de vésicatoires ne donne que des résultats passagers.

Vers le milieu du mois de février, il est forcé d'entrer à l'hôpital du Kéf, où l'on institue un traitement assez énergique ; nouvelles applications de vésicatoires, pointes de feu, injections sous-cutanées d'antipyrine, iodure de potassium à l'intérieur (5 grammes par jour).

Quelques tentatives assez timides d'élongation sous-cutanée du nerf sciatique amènent une amélioration immédiate, mais passagère.

Les douleurs névralgiques ne tardent pas à se réveiller avec une telle intensité que tout travail devient impossible pour notre facteur, qui rentre à l'hôpital du Belvédère (Tunis) le 17 mars 1889. Je découvre les signes classiques d'une névralgie sciatique gauche. Le tronc du nerf sciatique et sa branche poplitée interne sont très sensibles à la palpation. Mais la pression profonde décèle des foyers plus spécialement douloureux à la fesse, au creux poplité, dans le mollet et sur la malléole interne. Cependant les cordons nerveux ne semblent ni plus durs ni plus volumineux que du côté droit.

Des douleurs spontanées extrêmement vives se réveillent au moindre mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse. Aussi la marche est impossible. Même au lit, le malade ne peut rester couché sur le côté gauche. Pendant la nuit, le sommeil est troublé par des douleurs. Dès que le membre inférieur gauche cherche à s'allonger, une corde douloureuse se tend dans le jarret et l'élancement s'irradie au mollet et à la fesse. Pas de troubles trophiques, pas d'anesthésie.

Devant l'impossibilité de continuer son service et le peu d'efficacité des moyens médicaux jusque-là employés, B..., qui est bien résolu à en finir le plus tôt possible, réclame une intervention opératoire, et je me décide, le 13 avril, à tenter l'élongation du tronc sciatique.

Après chloroformisation et application de la bande d'Esmarch, je pratique, sur le trajet du nerf sciatique, à la face postérieure de la cuisse et à l'union de son tiers moyen avec son tiers inférieur, une incision longitudinale de 9 centimètres qui divise la peau, la couche cel-

lulo-adipeuse sous-cutanée, épaisse chez ce sujet, et l'aponévrose d'enveloppe du membre. Les ventres charnus du biceps fémoral et du demi-tendineux écartés avec les doigts, je trouve facilement le tronc nerveux entouré d'une gangue de tissu graisseux. Je le soulève sur le doigt recourbé en crochet, et j'exerce des tractions assez énergiques pour soulever le membre inférieur au-dessus du plan du lit. Pas de sutures. Pansement antiseptique de la plaie opératoire.

Le malade réveillé et reporté sur son lit, je l'examine avec soin pour constater l'effet immédiat de l'élongation nerveuse. Il est très satisfaisant. La sensibilité douloureuse a disparu dans le tronc sciatique malade et dans ses branches terminales. La pression profonde, jadis si pénible, au creux du jarret et sur le mollet, ne réveille plus de douleur. L'extension du membre ne fait plus tendre dans le creux poplité la corde douloureuse qui gênait les mouvements et la marche. Plus d'irradiations dans la fesse. Pas de modification dans la motilité du membre inférieur, qui a conservé toute sa puissance musculaire.

Dans les jours qui suivent l'opération, cette amélioration se maintient et même s'affirme. B... peut se coucher sur le côté gauche, étendre sa jambe et reposer tranquillement la nuit. Bientôt il se lève, marche et n'est plus gêné que par la tension douloureuse qui persiste au niveau de l'incision. Comme il n'y a pas la moindre réaction fébrile, je n'enlève le pansement que huit jours après l'opération (20 avril). La plaie est en voie de cicatrisation rapide. Dans le fond, les masses musculaires se sont réunies et bourgeonnent. Mais les bords de l'incision cutanée restent écartés. Je les rapproche à l'aide de bandelettes de diachylon et j'applique un nouveau pansement antiseptique.

La cicatrisation de la plaie opératoire marche rapidement, les accidents douloureux ne se reproduisent pas, le malade quitte l'hôpital le 19 mai 1889, complètement guéri et capable de reprendre son service.

Le 15 novembre de la même année, c'est-à-dire six mois après, B... m'écrit de Kairouan que la guerison s'est maintenue parfaite et qu'il ne garde plus trace de sa sciatique.

Obs. II. — *Contusion profonde du tendon d'Achille gauche par coup de pied de mulet. Phlegmon hématique suppuré rétro-malléolaire. Incision. Pansement antiseptique. Cicatrisation. Névrite sciatique traumatique à forme ascendante, survenant pendant la convalescence. Insuccès du traitement médical. Elongation du nerf sciatique. Légère complication phlegmoneuse de la plaie opératoire. Disparition progressive des accidents névralgiques.*

P..., deuxième servant au 33e régiment d'artillerie, vingt mois de service, en garnison à la Manouba, reçoit, le 19 août 1888, un coup de pied de mulet sur la partie postéro-inférieure de la jambe gauche, au niveau du tendon d'Achille. Cette contusion est le point de départ d'un phlegmon hématique qui le force à entrer à l'hôpital du Belvédère (Tunis) le 25 août. L'inflammation locale est vive, la fièvre intense (39°,7). Je pratique une incision comme pour la ligature de la tibiale

postérieure, derrière la malléole interne, et j'évacue un abcès profondément situé sous le tendon d'Achille. Issue de pus mélangé à des caillots sanguins. Drainage et pansement antiseptique. Deuxième incision derrière la malléole externe le 2 septembre. Drainage.

Le soulagement est immédiat, la fièvre cède. L'abcès se tarit. J'enlève les drains le 12 septembre. La cicatrisation est complète le 20 septembre.

Le malade semblait guéri et se préparait à partir en congé de convalescence, quand apparaissent des troubles nerveux assez bizarres. Il se plaint de douleurs très violentes dans la cuisse gauche. Cette sorte de névralgie a commencé sur le dos du pied, douloureux dès les premiers jours de l'accident. Elle a monté le long du mollet en suivant la direction du nerf saphène interne ; puis elle est venue se fixer à la partie antérieure de la cuisse, où la pression reste très douloureuse. Vive, continue, exaspérée par le moindre mouvement du membre, cette douleur force notre convalescent à garder le lit. La quinine n'amène aucune amélioration. Un long vésicatoire morphiné l'atténue, puis la fait disparaître au bout de quelques jours. Et le malade part en congé de convalescence le 12 novembre 1888, ne gardant qu'un peu de sensibilité douloureuse au niveau des cicatrices rétro-malléolaires.

Le 8 mars 1889, je vois revenir P... à l'hôpital. Pendant son congé, la névralgie a reparu, nettement localisée cette fois-ci aux branches terminales du nerf sciatique. Sur le trajet du tronc nerveux et de ses branches, la pression profonde détermine une vive douleur. Elle est particulièrement intense à la fesse, au creux poplité, dans le mollet et au col du péroné. Tous les mouvements d'extension du membre inférieur réveillent des élancements douloureux qui partent du jarret et s'irradient jusqu'aux malléoles. La marche est difficile. Le malade ne peut dormir que le genou plié. Dès que le membre s'allonge, le sciatique se tend douloureusement au fond du jarret et le réveille. Dans ces conditions, tout service est devenu impossible pour notre homme.

La névrite est donc franchement installée sur le tronc sciatique gauche. Il est tout naturel d'en rechercher l'origine dans le traumatisme subi par les extrémités nerveuses, au niveau du tendon d'Achille, et dans les accidents inflammatoires et purulents qui ont compliqué cette contusion. Il faut se défier de ces scléroses nerveuses d'origine traumatique qui montrent une fâcheuse tendance à remonter rapidement vers les centres nerveux. Jusqu'ici la moelle ne semble pas encore atteinte ; pas de douleurs à la pression sur les vertèbres dorsales et lombaires ; pas de douleurs irradiées dans le membre inférieur droit.

Mais dans ces cas, l'expérience nous apprend qu'il faut se hâter d'intervenir, et, sans perdre du temps à expérimenter les moyens médicaux inutilement employés au début de ces accidents névralgiques, je me décide à pratiquer l'élongation sanglante du tronc sciatique (13 avril 1889) à la partie supérieure du creux poplité, d'après le procédé classique. Je complète l'élongation par des tractions exercées de

haut en bas sur la portion centrale du nerf et de bas en haut sur sa partie terminale. Pansement antiseptique.

Au sortir du sommeil chloroformique, P... n'accuse pas d'amélioration immédiate comme notre premier opéré (obs. I). Les accidents douloureux ne semblent pas avoir été sensiblement modifiés par l'élongation du sciatique. La pression profonde est toujours très pénible. Il éprouve une sensation de refroidissement dans le pied gauche. Elle est purement subjective, car on ne note ni changement de coloration, ni refroidissement sensible à la main. La motilité du membre n'est nullement modifiée.

Aucune complication générale ou locale pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Pas de fièvre. J'enlève le premier pansement le 20 avril. La plaie chirurgicale est en voie de cicatrisation. Le fond s'est réuni; mais les bords de l'incision cutanée sont encore fort écartés. Pour les rapprocher, j'applique des bandelettes de diachylon. C'est une petite faute contre l'antisepsie, dont je ne tarde pas à me repentir. La fièvre s'allume, la température monte à 38°,7 (23 avril). Des douleurs vives s'éveillent dans la plaie et le creux du jarret. J'enlève le pansement et, sous le diachylon, je trouve un peu de pus. Nouveau pansement plus aseptique. Après quelques nouvelles oscillations thermiques, la fièvre cède. La plaie marche lentement vers la cicatrisation. Elle est complète à la fin de mai.

Cependant les accidents névralgiques s'étaient amendés progressivement. En juillet 1889 je renvoie l'homme à son corps. A la fin de novembre 1889, c'est-à-dire sept mois après l'opération, je reçois une lettre de son capitaine dans laquelle il me dit que P... fait parfaitement son service assez pénible d'artilleur et n'éprouve plus que rarement une légère faiblesse dans la jambe gauche, après les longues marches.

Obs. III. — *Névralgie sciatique gauche survenue, sans cause connue, à l'âge de 18 ans. Accidents douloureux et troubles trophiques à répétition (pustules ulcéreuses sur la jambe). Récidives fréquentes malgré les traitements médicaux. Elongation du nerf sciatique. Amélioration immédiate, puis guérison définitive.*

L..., menuisier, incorporé en décembre 1886 au 4e régiment de zouaves à Tunis. Aucun antécédent morbide héréditaire ou personnel.

A l'âge de 18 ans, et sans cause appréciable, cet homme est pris de névralgie sciatique gauche caractérisée par des douleurs vives et accompagnée d'une poussée de grosses pustules ulcéreuses sur la face interne du mollet. Guérison au bout de deux mois et demi de repos; mais, au bout de six semaines, réapparition des mêmes accidents. Troisième récidive deux mois avant son incorporation.

Il arrive au 4e régiment le 8 décembre 1886, complètement guéri en apparence; mais au bout de quinze jours, les mêmes accidents reparaissent et il est envoyé à l'hôpital du Belvédère (Tunis) le 23 décembre 1886.

Je découvre à la jambe gauche, sur la région tibiale antérieure, trois ulcères peu étendus, mais profonds, à bords taillés à pic, à fond d'un beau rouge pourpre. Le malade se plaint à peine de sa névralgie sciatique. Cependant on ne peut nier l'origine névritique de ces troubles trophiques à répétition. Rien ne peut faire songer à des varices superficielles ou profondes. Repos au lit, pansements antiseptiques. Au bout de six semaines les ulcérations sont cicatrisées. L... est envoyé à son corps pour y continuer ses classes.

Un mois après, il me revient avec les mêmes accidents ulcératifs. Les douleurs névralgiques ont reparu très vives, continues mais exaspérées la nuit. Il est forcé de tenir le genou plié constamment. Chaque fois que la jambe tend à s'allonger, le nerf sciatique se tend douloureusement au fond du jarret. La nuit, cet engourdissement douloureux devient parfois intolérable. Le foyer de la névralgie est dans le creux poplité, mais des élancements s'irradient vers le mollet, le talon et le pied. Le nerf est sensible à la pression jusqu'à sa sortie de la grande échancrure sciatique. Hyperesthésie manifeste de la peau. Pas d'atrophie du membre. L'état général n'est pas bon. Fièvre modérée, mais continue avec des exacerbations le soir. Pas de signes de tuberculose pulmonaire.

Le traitement par les opiacés, puis par la quinine, n'influence ni la névralgie ni la fièvre. Cependant, en juin 1887 l'amélioration est assez grande pour permettre à L... de reprendre son service.

Le 23 juillet de la même année, nouvelle entrée de l'homme pour les douleurs névralgiques, qui le retiennent à l'hôpital jusqu'au 14 octobre.

Quatrième entrée le 27 août 1888, toujours pour les mêmes accidents douloureux accompagnés des mêmes troubles trophiques.

Cette fois-ci, L... se décide à subir l'élongation du nerf sciatique le 22 octobre 1888. Je la pratique suivant le procédé classique, à la limite supérieure du creux poplité. Le tronc sciatique découvert jusqu'au niveau de sa bifurcation, ne présente pas d'altération appréciable à l'œil nu, mais une légère congestion de son névrilène, qui persiste malgré l'ischémie artificielle du membre. Avec l'index passé sous le nerf et recourbé en crochet, j'exerce de vigoureuses tractions. Sutures superficielles et profondes, drainage de la plaie opératoire. Pansement antiseptique.

L'opéré à peine sorti du sommeil chloroformique, je constate une modification immédiate. La sensibilité douloureuse est presque complètement éteinte dans les deux branches terminales du nerf sciatique, hyperesthésiées avant l'élongation. La pression profonde, le tiraillement de ces cordons nerveux par l'extension forcée de la jambe sur la cuisse ne réveillent plus que de faibles douleurs. Rien n'est changé dans la motilité des muscles, qui se contractent aussi vigoureusement qu'avant l'opération.

Dans les jours qui suivent, léger mouvement fébrile nettement intermittent. Le lendemain, la température monte à près de 39°. Rien du coté de la plaie opératoire ne peut expliquer cette ascension thermi-

que. Pas de tension douloureuse à ce niveau. Le premier pansement enlevé le quatrième jour (26 octobre), l'incision apparaît réunie par première intention sans trace, à son pourtour, de réaction inflammatoire. Pas trace de suppuration. La fièvre ne peut s'expliquer que par un réveil d'infection paludéenne ou par l'ébranlement nerveux qu'entraîne une vigoureuse élongation du sciatique. Une faible dose de quinine la fait disparaître.

Cependant l'amélioration constatée après l'opération se maintient et s'affirme. L... commence à se lever et à marcher. Dans la deuxième semaine de novembre, il peut être considéré comme guéri et part en congé de convalescence.

J'ai l'occasion de revoir L... au mois de juillet 1889.

Il entre une dernière fois à l'hôpital du Belvédère pour une affection médicale, une endocardite caractérisée par des palpitations et un bruit de souffle au premier temps et la pointe, pour laquelle il est réformé et quitte Tunis le 15 août 1889. A ce moment, je puis constater que l'amélioration produite par l'élongation s'est maintenue.

Ces jours-ci, j'ai reçu des nouvelles de notre homme. Il me dit que depuis l'opération, c'est-à-dire depuis deux ans et quatre mois, la névralgie sciatique n'a pas reparu. C'est à peine si, aux changements de temps, il ressent encore quelques douleurs vers la fesse gauche au-dessus du point où l'élongation a été pratiquée. Il n'y a pas eu de nouvelle poussée de pustules ulcéreuses. De retour dans ses foyers, il a repris son métier de menuisier et ne l'a pas cessé. Il est donc bien guéri et définitivement, je l'espère.

L'élongation nerveuse, dans les trois cas cliniques que je viens de résumer, a donc donné un résultat favorable. Dans le premier, la guérison a été immédiate et définitive, puisque, près d'un an après l'opération, l'homme continuait à exercer son métier de facteur de la poste, très fatigant en Tunisie. Et pourtant la névralgie sciatique dont il souffrait était tenace et avait résisté aux traitements médicaux. Elle avait pour origine une contusion directe du tronc sciatique, et l'on sait que les névrites traumatiques sont plus graves que les simples névralgies congestives.

Chez le second opéré, la sédation des accidents douloureux s'est fait attendre. Mais j'ai pu m'apercevoir que l'homme mettait une mauvaise volonté évidente à avouer l'amélioration produite dans son état, espérant exploiter la maladie à son profit. Dès qu'il a été mis en demeure de quitter l'hôpital, il a repris son service assez pénible d'artilleur et l'a continué régulièrement. Un an après l'élongation, une lettre de son capitaine constatait qu'il ne restait presque plus trace de ses douleurs névralgiques. Chez lui également, la névralgie sciatique n'était autre chose qu'une névrite d'origine traumatique ou inflammatoire survenue, sous nos yeux, à la suite d'une contusion violente du tendon d'Achille et du

phlegmon suppuré qui en avait été la conséquence. Elle montrait une fâcheuse tendance à la généralisation ascendante, et peut-être, sans notre intervention, n'eût-elle pas tardé à gagner la moelle épinière.

Le troisième malade a bénéficié d'une amélioration immédiate et d'une guérison définitive. Plus de deux ans après l'opération, les douleurs névralgiques n'ont pas reparu. On ne constate plus les troubles trophiques à répétition qui, depuis l'âge de 18 ans, empêchaient le patient d'exercer aucun métier.

J'avoue franchement que, devant l'heureuse issue de ces trois interventions opératoires, j'ai été très étonné de voir l'oubli dans lequel est tombée, depuis quelques années, l'élongation des nerfs. Le silence semble, en effet, se faire complètement autour de cette opération, qui souleva tant d'enthousiasme au moment de son apparition en chirurgie.

J'ai relu les nombreuses études parues sur la question, les deux mémoires de M. Chauvel, publiés en 1881 et 1885 dans les *Archives de médecine,* le consciencieux travail de M. Lagrange, couronné par la Société de chirurgie en 1885, où se trouvent résumées toutes les observations connues jusqu'à cette date, et mon étonnement n'a fait que grandir.

Si la question de l'élongation sanglante des nerfs est fortement discutée et reste discutable dans les accidents nerveux de la motilité, spasmes ou paralysies, il n'en est plus de même pour les névralgies des nerfs mixtes.

Chauvel constate qu'elle a donné de brillants résultats et pense que ces résultats seront encore meilleurs lorsque les indications et les contre-indications seront bien réglées.

Arthaud et Gilson, après avoir réuni 70 cas de névralgies traitées par ce procédé, avouent que les heureuses conséquences de l'élongation doivent encourager les chirurgiens ; car elle réussit souvent dans des cas rebelles aux autres médications. Roderich Stintzing, König, Chandler sont du même avis.

Avec Omboni, l'enthousiasme va jusqu'au délire. Il n'est même plus besoin d'essayer les remèdes fantaisistes jusque-là usités. Et le chirurgien italien s'appuie sur une statistique grossie de 222 cas !

La lecture des observations recueillies et sagement discutées par Lagrange, sans permettre d'adopter une opinion aussi optimiste, laisse la conviction que l'élongation constitue un traitement d'une grande valeur dans la névralgie des nerfs mixtes en général, et du nerf sciatique en particulier.

Sur les 66 cas de névralgies sciatiques avec élongation nerveuse résumés dans ce mémoire, on compte 12 guérisons suivies pendant

plusieurs semaines et même pendant une ou deux années, 29 guérisons à durée indéterminée, 20 améliorations passagères, 4 insuccès et 1 cas de mort.

Une opération qui donne de pareils succès ne peut être rejetée d'emblée. Que peut-on lui reprocher? On a prétendu qu'elle exposait à des dangers terribles : entrée de l'air dans les veines, phlegmon suppuré du membre, pyoémie, érysipèle. Gillette a soutenu que la suppuration de la plaie opératoire était inévitable, après les tentatives d'élongation du nerf sciatique. On ne saurait nier qu'à une époque où le moindre coup de bistouri risquait d'ouvrir la porte à l'infection purulente, on n'ait pu observer ces accidents communs à toutes les interventions opératoires. Mais aujourd'hui, avec les précautions antiseptiques, on ne voit pas pourquoi la découverte du tronc sciatique deviendrait un traumatisme chirurgical dangereux.

Dans les observations invoquées pour affirmer sa gravité, la mort ou les accidents graves s'expliquent par des lésions cérébrales ou médullaires, dont la sciatique n'était qu'une complication, par des suppurations préexistantes ou par un mauvais état de la nutrition générale.

M. Paul Berger a communiqué à la Société de chirurgie (décembre 1884) l'histoire clinique d'un vieil hémiplégique opéré par lui à l'hôpital de Bicêtre avec toute la rigueur de la méthode antiseptique, qui mourut à la suite d'un phlegmon gangréneux de la cuisse. Mais M. Paul Berger fait remarquer lui-même que « l'autopsie constata une méningo-myélite suppurée, avec petits foyers de pus concret remontant le long du sciatique. Il paraît certain que ces lésions existaient, tout au moins partiellement, avant l'opération. » Ce vieillard était donc en puissance de suppurations multiples, et toute intervention opératoire pouvait provoquer l'éclosion d'accidents septiques redoutables.

Le cas de O. Berger, publié par Moritz Rosenstein, n'est pas beaucoup plus probant. L'opéré mourut, un mois après l'élongation, des suites d'un volumineux phlegmon suppuré développé dans l'atmosphère celluleuse du sciatique. Mais l'homme, âgé de 40 ans, était ataxique, dans de mauvaises conditions générales, et l'élongation porta sur les deux troncs sciatiques.

Un danger plus sérieux résiderait dans les troubles médullaires qu'entraîne la traction exercée sur le bout central du nerf sciatique. Des observations, malheureusement déjà trop nombreuses pour pouvoir trouver place dans cette courte étude, prouvent que quelques mois ou quelques semaines après l'élongation des deux nerfs sciatiques, on voit des malades atteints de myélite chronique succomber à des accidents médullaires plus ou moins imputables

à l'opération. Mais ces tabétiques ne peuvent être comparés avec les hommes, souvent jeunes et robustes, souffrant de névralgies sciatiques, essentielles ou traumatiques, dont nous avons à nous occuper ici. Et le seul cas de mort porté par Lagrange au passif de l'élongation pour névralgie sciatique garde comme mention : « Opération pratiquée pour névralgie sciatique due à une lésion centrale indéterminée; mort par la lésion centrale quatre semaines après. »

Une observation de Neuber pourrait faire craindre une complication fâcheuse, la paralysie du membre inférieur, à la suite de l'élongation du sciatique. Bramwel, Fenger citent des parésies de la cuisse.

Aucun accident paralytique semblable n'est mentionné dans les 63 autres observations recueillies par Lagrange. Et ce que l'on sait de la physiologie pathologique de l'élongation nerveuse ne semble pas faire redouter une complication de ce genre. Les expériences sur les animaux prouvent qu'une traction modérée exercée sur un nerf mixte supprime la sensibilité du membre qu'il innerve sans affaiblir sa motilité. Nos trois observations parlent dans le même sens : chez nos trois opérés, examinés immédiatement après l'élongation, nous avons pu constater que le membre inférieur avait conservé toute sa vigueur.

Je me bornerai à mentionner la rupture involontaire du nerf. Cet accident, qui enlèverait à l'élongation nerveuse tous ses avantages sur la névrotomie et même sur la névrotripsie, ne peut survenir qu'à la suite de manœuvres brutales et mal calculées, le tronc sciatique pouvant résister à des tractions de 150 kilogrammes, d'après les expériences de Gillette.

Ce serait, en effet, une profonde erreur de croire que l'élongation agit à la façon d'une section nerveuse ou du broiement du nerf pour interrompre du même coup le courant centripète et le courant centrifuge. Bien que le mécanisme intime de son action reste jusqu'ici inexplicable, et que l'examen histologique des nerfs élongés ne laisse constater qu'une suffusion sanguine intrafasciculaire et la rupture de quelques cylindres-axes, les résultats expérimentaux prouvent qu'elle n'influence que le courant centripète, laissant presque intact le passage du courant centrifuge (Laborde, Brown-Séquard, Quinquaud). Sa physiologie pathologique serait même plus compliquée, et tout porte à croire que l'élongation d'un gros tronc comme le sciatique modifie profondément la nutrition de la moelle épinière, surtout dans sa partie inférieure. Cette opération aurait donc un double avantage sur la névrotomie et même sur la névrotripsie, qui peuvent entraîner la paralysie du membre inférieur et ne portent leur action que sur un point très limité du nerf.

En résumé, l'élongation du nerf sciatique n'expose à aucun danger sérieux, à aucune infirmité consécutive, lorsqu'elle est appliquée à des névralgies simples, sans complications médullaires. Dans ces cas, une expérience déjà prolongée prouve qu'elle agit d'une façon efficace pour faire cesser les accidents douloureux qui rendent ces affections parfois intolérables. Il serait étrange de rejeter systématiquement ce moyen thérapeutique et de ne pas y avoir recours lorsque les remèdes médicaux ont échoué.

Discussion.

M. Moty. Les observations de M. Charvot sont fort intéressantes. Je ferai remarquer toutefois que les névrites que nous observons dans l'armée guérissent souvent spontanément ; cela n'enlève rien à l'intérêt des faits relatés par notre collègue, mais cela impose une certaine réserve dans l'appréciation des résultats thérapeutiques. En outre, il est bon d'examiner les résultats à longue échéance : un de nos collègues a fait une élongation du nerf médian chez un Arabe qui avait une névralgie du membre supérieur ; cet homme est retourné en Algérie avec une apparence de guérison, mais j'ai eu récemment de ses nouvelles, et je sais que l'atrophie et la paralysie de son membre se sont accentuées.

M. Charvot. Je n'ai visé qu'un côté de la question du traitement des névralgies ; je pense qu'il ne faut arriver à l'élongation que si les autres modes de traitement ont échoué. De plus, je ne me suis occupé que des phénomènes de sensibilité, et non de la motilité et des troubles trophiques. Enfin, pour ce qui est de la durée du résultat thérapeutique, je ferai remarquer que, dans mon troisième cas, la guérison authentique se maintient depuis deux ans et demi.

Présentation de pièce.

M. Tuffier présente un *calcul salivaire du canal de Wharton*, remarquable par son volume et par son siège. Il occupait la partie inférieure du canal, et il eût été impossible de l'enlever par la bouche. M. Tuffier fit la taille du canal de Wharton, suivie de réunion immédiate, et la guérison fut complète en une semaine.

A 5 heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur le classement des candidats à la place vacante de membre titulaire.

Le Secrétaire annuel,

G. Richelot.

Séance du 22 avril 1891.

Présidence de M. Nicaise.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Les *Annual Report of the Board of regents of the Smithsonian Institution* pour 1888.

M. Nicaise offre à la Société la nouvelle édition de la *Grande Chirurgie* de Guy de Chauliac, qu'il vient de publier.

Élection d'un membre titulaire.

Votants, 33. — Majorité absolue, 17.

MM.	Félizet	17 voix.
	Delorme	15 —
	Tuffier	1 —

M. Félizet est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

Rapport.

Sur trois observations de chirurgie intestinale : 1° *Rétrécissements multiples de l'intestin chez un nouveau-né, perforation intestinale. Laparotomie. Mort;* — 2° *Fistule stercorale. Suture partielle, issue de l'intestin, résection intestinale, entérorrhaphie circulaire. Guérison;* — 3° *Rétrécissement du côlon ascendant, abcès ouvert dans le rectum et la vessie. Entéro-anastomose. Guérison,* par M. le Dr Boiffin, ancien prosecteur de la Faculté de Paris, chirurgien suppléant des hôpitaux de Nantes.

Rapport par M. Terrillon.

La *première observation* de M. Boiffin présente plutôt un inté-

rêt anatomique. L'auteur, chez un nouveau-né âgé de **3 jours, a** pratiqué la laparotomie pour des symptômes d'occlusion intestinale. Il trouve le péritoine rempli de méconium et se contente de refermer le ventre.

L'enfant meurt quelques heures après. A l'autopsie on trouve deux rétrécissements très serrés sur la fin de l'intestin grêle séparés par une longueur de 65 centimètres. Il y avait encore absence du cæcum et arrêt de développement du gros intestin réduit à l'état de cordon très grêle ; seul le rectum avait un calibre normal.

Il n'y avait rien de plus à faire que ce qu'a fait M. Boiffin; car, à supposer même que la perforation intestinale n'eût pas été effectuée, on ne pouvait dans un cas de ce genre songer ni à la résection de l'intestin, ni même à l'entéro-anastomose, puisque le gros intestin n'était pas perméable. Ajoutons que, si rationnelles que puissent être ces opérations, elles ne donneraient sans doute qu'un piètre résultat chez les nouveau-nés, qui, comme on le sait, supportent très mal les traumatismes opératoires.

La *deuxième observation* peut se résumer de la façon suivante : Il s'agissait d'un homme de 54 ans, atteint de hernie crurale; celle-ci, sous l'influence d'une pression violente, s'enflamma et provoqua un abcès bientôt suivi d'une fistule stercorale. Cette fistule fut opérée avec succès en 1878 par le Dr Jouon.

En 1890, à la suite d'une quinte de toux, il se développa dans la même région un abcès qui rétablit la fistule stercorale.

M. Boiffin l'examine à ce moment et constate une petite fistule de quelques millimètres de diamètre, siégeant au sommet d'une hernie crurale du volume d'un œuf.

Le 17 décembre 1890, M. Boiffin fait une incision longitudinale passant par la fistule et isole l'intestin; ce ne fut pas sans difficulté.

Il oblitère alors la fistule par trois points à la soie adossant la musculeuse et huit points complémentaires séro-séreux. L'anse est réduite, elle est maintenue au voisinage de l'anneau par un fil; la plaie cutanée est suturée.

Deux jours après (19 décembre), on s'aperçoit en défaisant le pansement que l'intestin, chassé par les efforts du malade, fait saillie. M. Boiffin enlève les sutures et se décide à la résection de l'intestin, parce que « l'examen de la suture intestinale ne permettait pas d'avoir confiance dans sa solidité et que la surface voisine était recouverte d'exsudats verdâtres ». La résection fut faite dans les règles et l'entérorrhaphie pratiquée à l'aide d'une seule

rangée de sutures (16 points séro-séreux). Réduction, cure radicale, guérison rapide et complète.

Plusieurs points nous paraissent dignes de remarque, dans cette intéressante observation.

D'abord cette inflammation suppurative terminée par fistule stercorale n'est pas rare dans les hernies adhérentes; il ne s'agit nullement là de phénomènes d'étranglement terminés par phlegmon stercoral, mais de traumatismes subis par l'intestin (dans l'espèce, pression d'un bandage); de là altération des parois facilitant la migration des germes pathogènes.

Huit ans après le premier accident, le malade étant depuis longtemps guéri de sa fistule, grâce au Dr Jouon, on observe la répétition des mêmes phénomènes à l'occasion d'une quinte de toux; il est certain que l'effort a déterminé la rupture partielle de la cicatrice intestinale, tel est le mécanisme du nouvel abcès et de la nouvelle fistule.

Arrivons aux interventions de M. Boiffin. Tout d'abord, en présence d'une fistule de 1 centimètre, il se décide pour la suture partielle, ce qui est très rationnel. Toutefois, l'auteur paraît avoir été gêné par le bourrelet muquexx qui borde la fistule, car il ajoute: « Le résultat de cette suture ne me parut pas irréprochable, à cause du volume des tuniques muqueuse et musculaire repliées sous la séreuse. »

En effet, ce bourrelet muqueux est un obstacle des plus gênants pour ces sortes de réparations ; comme l'a bien montré notre collègue M. Chaput, il est de toute nécessité de l'exciser, quand même on n'adopterait pas ensuite la suture par abrasion qu'il préconise.

Deux jours après on trouve l'intestin sous la peau, et M. Boiffin se décide à faire la résection. Les raisons qui le décidèrent étaient, d'une part, la notion que la suture n'était pas solide et, d'autre part, des exsudats verdâtres à la surface de l'anse.

Nous n'aurions pas agi ainsi; si la suture paraissait peu sûre, nous l'aurions recommencée en prenant cette fois la précaution d'abraser la muqueuse. Quant aux exsudats verdâtres, c'étaient de simples dépôts fibrineux que nous connaissons bien, dont l'intestin se couvre quand il est hors du péritoine; nous avons tous réduit des intestins en cet état, après lavage antiseptique et sans le moindre inconvénient. Nous pensons que cette conduite eût été aussi rationnelle que celle de M. Boiffin, sans exposer le malade aux risques de la résection avec entérorrhaphie.

Un dernier mot relatif à la technique: M. Boiffin n'a mis qu'un seul plan de sutures séro-séreuses pour une suture circulaire. Cette pratique est aléatoire ; il suffit, en effet, qu'un seul fil coupe les

tissus pour qu'on ait aussitôt une inoculation du péritoine. La plupart d'entre nous sont d'avis que les sutures intestinales doivent se composer de deux ou trois plans superposés (plans muqueux, musculaire, séreux).

Quoi qu'il en soit de ces critiques de détail, saluons ce brillant résultat et souhaitons à M. Boiffin la continuation de ses succès.

Dans la *troisième observation*, il s'agit d'un homme de 28 ans dont l'affection remonte à la première enfance ; dès cette époque il avait des crises de violentes douleurs abdominales avec symptômes atténués d'occlusion. En novembre 1889, le malade est atteint de typhlite qui ne suppure pas, mais il persiste une tumeur avec douleur et fièvre. En janvier 1890, on constate des évacuations de pus dans la vessie et le rectum ; en outre, des gaz et des matières s'échappent par l'urèthre. L'état général du malade devient très grave, il ne prend plus que des aliments liquides, encore provoquent-ils des douleurs violentes.

M. Boiffin se décide à faire la laparotomie latérale ; il trouve une tumeur volumineuse occupant l'origine du gros intestin ; vu l'état de faiblesse du malade, il se décide pour l'entéro-anastomose, qu'il exécute entre l'intestin grêle et le côlon transverse. Il fait sur chaque viscère une fente de 5 centimètres et réunit les lèvres par vingt points séro-séreux.

Il décolle ensuite le péritoine pariétal de la fosse iliaque pour aller à la recherche de l'abcès, mais il tombe sur une masse solide dans laquelle il pratique quatre ponctions blanches. La plaie guérit en quelques jours et la santé revint rapidement. Ce fut une véritable résurrection.

Remarquons d'abord cette typhlite qui ne suppure pas primitivement mais persiste sous la forme d'une induration ; au bout d'un an, un abcès pyo-stercoral s'ouvre dans le rectum et la vessie. Voilà, ce me semble, un nouvel argument en faveur de l'intervention dans la typhlite.

M. Boiffin a basé son intervention sur le diagnostic de rétrécissement probablement congénital de l'intestin ayant occasionné une typhlite. Ce diagnostic est légitime, et les crises de douleur et d'occlusion remontant à l'enfance sont, dans l'espèce, des plus caractéristiques.

Nous ne pouvons que louer M. Boiffin de son tact chirurgical et de l'ingéniosité de son plan opératoire. La préférence donnée à l'entéro-anastomose sur la résection, le siège de l'anastomose sur la fin de l'intestin grêle et sur le côlon transverse (afin de sacrifier le moins possible du circuit intestinal), le décollement sous-péri-

tonéal pour aller à la recherche de l'abcès, toutes ces manœuvres témoignent d'un audace prudente et légitime.

Une petite critique cependant, de même ordre que précédemment : nous aurions préféré plusieurs plans de suture autour de l'entéro-anastomose.

Dans un mémoire récent, M. Chaput, étudiant l'entéro-anastomose, a recueilli 29 cas avec 12 morts et 17 guérisons. En analysant les observations, on doit défalquer un certain nombre de cas, ce qui abaisse la mortalité à 25 0/0 environ.

L'opération est surtout indiquée dans les cas de rétrécissement et de cancer de l'intestin.

Il existe 5 cas de guérison d'entéro-anastomose pour rétrécissement (Hacker, Hacker, Chaput, Boiffin, Russel), et une mort (Billroth).

L'entéro-anastomose est donc une opération pleine d'avenir. On peut l'exécuter, soit en un temps par le procédé de la suture ou celui des plaques décalcifiées de Senn, soit en plusieurs temps par le procédé de la pince. Ce dernier, peu dangereux, a l'inconvénient d'être long. Le procédé en un temps paraît préférable. L'emploi des plaques de Senn ne paraît pas heureux, c'est une complication inutile, gênante, dangereuse.

Le procédé de la suture est le meilleur. Il faut faire une fente de 5 à 6 centimètres, aussi éloignée que possible du mésentère. On placera trois plans de suture dont l'un (plan muqueux) paraît indispensable si l'on veut éviter à coup sûr le danger d'une oblitération qui a, d'ailleurs, été observée dans plusieurs cas.

Rapport.

Sur un nouveau mode de bandage inguinal, présenté à la Société par M le D[r] F. Prévost (de Croissy).

Rapport par M. Paul Berger.

Le bandage que vous a présenté M. Prévost ressemble, par sa construction et par sa forme, mais nullement par son principe, au bandage imaginé par Dupré. Comme celui-ci, il se compose d'une arcade métallique placée sur la partie antérieure du bassin et supportant une ou deux pelotes destinées à contenir les hernies ; comme dans le bandage Dupré, cette arcade métallique se termine latéralement par deux tiges perpendiculaires, courtes, à la partie inférieure desquelles se boucle une sangle embrassant la

partie postérieure du bassin ; la traction de cette sangle tend à faire basculer la tige principale, qui supporte les pelotes, et à appliquer d'une manière plus intime ces pelotes sur les orifices herniaires. Mais, tandis que dans le bandage Dupré cette arcade métallique, construite en fer forgé, exerce une *pression rigide* sur les hernies qu'elle est destinée à maintenir, M. Prévost a constitué la sienne au moyen de trois ressorts brisés en acier ; c'est donc une *pression élastique* que le bandage exerce sur les orifices herniaires, pression élastique que l'on peut graduer en serrant plus ou moins la sangle.

Le bandage ainsi constitué a une très grande fixité ; il ne se déplace guère et ne nécessite pas le port de sous-cuisses ; la pression qu'il exerce peut être aussi forte qu'il est nécessaire. Je l'ai employé à l'hôpital pour quelques cas de hernies difficiles à contenir ou même presque incoercibles, et j'en ai retiré de bons effets. Je vous présente même un malade sur lequel il a pu contenir une hernie qui était rebelle à toutes les autres sortes de bandages. Je ne me prononce pas ici sur la valeur relative de la contention par les bandages et de l'opération dans les cas de ce genre ; mais il est certain que le bandage de M. Prévost constitue une ressource précieuse de plus à ajouter aux moyens mécaniques dont nous disposons pour contenir les hernies difficiles ; et de plus, cet appareil est construit sur un *principe* nouveau, ce qui est rare en la matière. J'engage donc mes collègues à l'expérimenter à leur tour.

Je n'insiste pas sur les détails de construction de ces bandages, M. Prévost les a déjà notablement perfectionnés et en a varié les modèles ; on pourra certainement arriver à les rendre encore plus légers, moins volumineux, sans rien leur enlever de leur solidité, et à modifier leur forme de manière à les rendre applicables à un plus grand nombre de cas.

Présentation de malade.

Désarticulation de la hanche.

M. Berger présente à la Société un malade sur lequel il a pratiqué la désarticulation de la hanche pour un sarcome périostique récidivé du fémur. Cet homme avait été traité, il y a un an, en province, et il avait subi une tentative d'extirpation ; celle-ci avait été suivie d'une reproduction de la tumeur à courte échéance. Lors de son admission dans le service de M. Berger, la tumeur avait le

volume d'une tête d'enfant à terme; il y avait un engorgement ganglionnaire manifeste dans le triangle de Scarpa.

La désarticulation coxo-fémorale fut pratiquée par la méthode en raquette, après ligature préalable de l'artère et de la veine fémorales immédiatement à leur sortie du bassin; les ganglions furent extirpés. Le shock primitif fut intense, quoique le malade eût perdu peu de sang; les suites de l'opération furent retardées par un peu de suppuration qui se fit tardivement dans la profondeur, au niveau de la cavité cotyloïde, où un drain avait été placé. M. Berger regrette de n'avoir pas excisé les bords de cette cavité, de manière à la transformer en une surface plane. La fistule qui s'était produite est depuis longtemps cicatrisée, et le malade marche fort bien avec un pilon ordinaire.

Discussion.

M. Verneuil. J'ai dans mon service un jeune homme qui achève sa guérison à la suite d'une désarticulation de la hanche que je lui ai faite pour un ostéosarcome. J'ai appliqué mon procédé en raquette avec ligature préalable; puis, comptant sur une cicatrisation lente, j'ai introduit une grosse mèche de gaze iodoformée jusqu'au fond du cotyle, et j'ai bourré mollement la plaie avec de la gaze iodoformée, sans faire aucune tentative de réunion. Je persiste, comme vous voyez, dans cette manière de traiter les plaies. Or, mon malade n'a jamais atteint 38°. Quand j'ai retiré la mèche, elle était infiltrée de pus ; mais jamais il n'y eut menace du moindre accident; la plaie était rose et de bon aspect, le moignon achève de prendre une forme excellente sans m'avoir jamais donné la moindre préoccupation. Quant à la guérison définitive, combien de temps a-t-elle demandé à M. Berger ?

M. Berger. J'avais cru d'abord à une guérison très rapide; mais la fistule ayant persisté, comme je l'ai dit, il a fallu deux mois environ pour que la cicatrisation fût complète.

M. Verneuil. Je pense que mon malade sera guéri un peu plus vite que celui de M. Berger.

M. Routier. J'ai eu l'année dernière un cas tout à fait semblable à celui de M. Berger. Comme lui, j'avais réuni et placé un drain dans la cavité cotyloïde; comme lui, j'ai eu d'abord l'illusion d'une réunion parfaite, mais il se forma bientôt un petit abcès qui suppura longtemps, sans me donner, d'ailleurs, aucune inquiétude. Le malade guérit très bien.

M. Peyrot. J'ai fait dans mon service, il y a trois semaines, une

désarticulation coxo-fémorale pour une ostéomyélite très étendue. J'ai procédé comme mes collègues; j'ai fait, en outre, la réunion profonde des parties molles au catgut, mais j'ai laissé un drain dans le cotyle. Les deux premières semaines furent apyrétiques, mais j'eus ensuite la surprise d'une désunion très limitée et d'un sphacèle superficiel au niveau des crins de Florence, que j'attribue à l'usage d'une solution phéniquée trop forte. La réunion profonde est complète, sauf un peu de suppuration qui vient de la cavité cotyloïde, comme dans les faits qui viennent d'être cités.

M. Berger. Comme M. Peyrot, dans toutes mes amputations je fais la réunion profonde des parties molles au catgut; je l'ai faite chez l'opéré que je vous présente.

Permettez-moi de revenir sur ce fait constant chez tous les opérés dont il vient d'être question: la suppuration profonde venant de la cavité cotyloïde. Il y a quelque chose à faire de ce côté; il faut, selon moi, supprimer cette cavité et son cartilage par une abrasion complète qui la transforme en surface plane.

M. Verneuil. Quoi qu'il en soit, je tiens à faire remarquer combien s'est amélioré le pronostic de la désarticulation coxo-fémorale.

M. Berger. Par le procédé de M. Verneuil, en effet, l'opération est devenue d'une exécution très facile, même quand on n'a pas beaucoup d'aides. Le seul point un peu délicat me paraît être l'afflux sanguin qui a lieu au moment de la section des veines profondes.

La séance est levée à 5 heures moins un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 29 avril 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Périer, demandant un congé pendant les séances du 29 avril et du 6 mai, pour raison de santé;

3° Un travail de M. Monod (de Bordeaux) relatif à deux cas d'*hystérectomie abdominale* (M. Terrillon, rapporteur);

4° Un travail de MM. Kummer et Favel relatif à deux cas de *strumite métastatique* (M. Nicaise, rapporteur);

5° Une lettre de M. Jamieson (Shanghaï), qui remercie la Société de chirurgie de l'avoir nommé membre correspondant étranger.

Rapport.

Sur trois observations de plaies pénétrantes de l'abdomen.

Rapport par M. Terrier.

Messieurs, j'ai été désigné pour vous faire un rapport sur trois observations de plaies pénétrantes de l'abdomen, dont deux ont été suivies de laparotomie.

Ces observations vous ont été communiquées par MM. les Drs Boiffin (de Nantes) et A. Broca (de Paris).

Les deux faits de M. le Dr Boiffin sont un peu dissemblables, en ce sens que dans l'un on ne fit que débrider l'ouverture traumatique de la paroi pour rentrer l'intestin perforé et suturé, tandis que dans l'autre notre confrère de Nantes fit une laparotomie suivie de suture intestinale.

Cette dernière observation doit être rapprochée de la laparotomie faite par M. A. Broca pour une plaie pénétrante de l'abdomen, laparotomie en quelque sorte exploratrice, car, dans ce dernier cas, il n'existait pas de lésion intestinale.

Voyons le premier fait de M. Boiffin (de Nantes) :

Obs. I. — *Plaie de l'abdomen par instrument tranchant. — Hernie d'une anse intestinale portant quatre perforations. — Sutures intestinales. — Réduction. — Guérison.*

Un homme de 40 ans est apporté, en février 1880, à l'hôtel-Dieu de Nantes, quelques heures après avoir reçu un coup de couteau dans le ventre.

Le blessé, inconscient, est pâle, et présente au niveau du flanc gauche une plaie étroite de 3 centimètres de longueur, de laquelle fait hernie une anse intestinale de 20 centimètres, anse souillée de matières fécales, de sang, et étranglée par la plaie abdominale. De plus, M. Boiffin y constata deux perforations.

Après nettoyage des parties avec une solution antiseptique, il fit

sur chaque perforation, qui mesurait environ 10 à 12 millimètres de long, trois points de suture de Lembert au catgut. Attirant encore l'intestin au dehors de la plaie, le chirurgien découvrit encore deux autres perforations siégeant à 25 centimètres des premières et donnant issue à des matières intestinales en assez grande abondance. Même suture sur ces deux perforations.

Comme la plaie avait été souillée par des matières intestinales, M. Boiffin en agrandit l'orifice cutané pour la nettoyer avec de l'eau phéniquée forte, puis il essaya en vain de réduire l'intestin, la hernie étant étranglée par les plans musculo-aponévrotiques profonds. Il dut sectionner ces plans avec un bistouri boutonné, conduit sur le doigt comme il l'aurait fait pour une hernie ordinaire étranglée. Dès lors, la réduction se fit. L'intestin avait été bien lavé à l'eau phéniquée, le trajet lui-même fut vérifié et nettoyé. Suture du péritoine et des muscles avec deux points de catgut. La plaie cutanée fut laissée béante. Toutes ces manœuvres furent faites sans que le blessé eût repris connaissance, et ce ne fut qu'au milieu de la nuit qu'il put prendre un peu de cognac.

Le lendemain, l'état général était satisfaisant; au quatrième jour il y eut un petit phlegmon de la plaie abdominale, d'ailleurs sans gravité et sans réaction péritonéale. Sortie de l'hôpital au bout de quatre semaines.

Je dirai peu de choses de cette observation déjà ancienne, trop écourtée, et certainement rédigée tardivement. Le succès obtenu par notre confrère justifie en fait sa manière d'opérer, toutefois elle ne nous satisfait pas tout à fait.

Comme lui, nous eussions procédé à la désinfection méthodique de l'anse herniée et à la suture des plaies intestinales, mais nous ne nous serions pas contenté de débrider la plaie pariétale avec un bistouri boutonné, nous aurions fait une plus large ouverture à l'abdomen de façon à assurer autant que possible l'asepsie du trajet fait par l'agent vulnérant, et surtout dans le but d'explorer par la vue et le toucher les anses intestinales voisines des plaies viscérales, et de nous assurer s'il n'y avait pas d'autres lésions, en particulier des lésions vasculaires.

Il est certain que, vu l'état grave de son blessé, M. Boiffin a cherché à restreindre autant que possible son acte opératoire, et en cela il a peut-être eu raison, le résultat obtenu tend à le démontrer.

Obs. II. — *Plaie de l'abdomen par instrument tranchant. Perforation intestinale et mésentérique. Epanchement sanguin abondant dans le péritoine. Double plaie de la trachée. Laparotomie. Suture intestinale. Mort au cinquième jour par rupture des fils de la suture abdominale, dans un accès de delirium tremens.*

Un alcoolique de 43 ans est apporté à l'Hôtel-Dieu le 31 octobre 1889;

dans un accès de delirium tremens, il s'est fait à l'aide d'un tranchet de nombreuses plaies à la gorge et au ventre.

Le blessé, exsangue, faisait des efforts de toux, d'où l'écoulement d'une écume sanglante par les deux plaies de la trachée; le cou et le thorax étaient le siège d'un emphysème très accusé.

On fit tout d'abord la suture de la trachée, laissant béantes les plaies cutanées pour éviter l'augmentation de l'emphysème. Puis M. Boiffin examina l'abdomen :

A trois centimètres à gauche de l'ombilic, petite plaie transversale de deux centimètres et demi; elle fut bien lavée à l'alcool et au sublimé, puis dilatée avec une pince à longs mors préalablement flambée. Cette pince put être introduite jusqu'au delà de 10 centimètres sans la moindre difficulté, et, ses mors écartés, il s'écoula par la plaie une grande quantité de sang noir et liquide. Il y avait donc un épanchement sanguin intra-péritonéal et probablement des lésions intestinales; la laparotomie fut décidée de suite.

Les précautions antiseptiques ordinaires prises, M. Boiffin pratiqua une incision médiane de 20 centimètres, dont le milieu répondait à l'ombilic. Le péritoine ouvert, il s'échappa aussitôt une grande quantité de sang liquide et noir; du reste les anses intestinales d'aspect normal baignaient dans le sang, et la main enfoncée dans le petit bassin ramena une grande masse de caillots.

Au-dessous de la plaie de la paroi, on trouva une anse intestinale doublement perforée près de son insertion mésentérique et parallèlement au bord adhérent du mésentère. Chaque perforation avait 15 millimètres de longueur; autour d'elle existait un mucus verdâtre et filant provenant de l'intestin et souillant les anses voisines. La muqueuse intestinale ne faisait qu'une très légère saillie sur chaque lèvre de la plaie.

Au niveau de la plaie située à droite on voyait sourdre un écoulement de sang noir, provenant d'une veine assez volumineuse. De plus, il existait sur le mésentère d'une anse voisine située au-dessous de la précédente une petite plaie donnant issue à un petit jet sanguin.

Trois points de suture de Lembert à la soie fine furent placés sur chaque perforation intestinale et deux points sur la plaie du mésentère.

Cette première intervention faite, M. Boiffin nettoya soigneusement les anses intestinales et le petit bassin, puis il fit un examen méthodique de tout l'intestin grêle, commençant au cæcum et allant jusqu'au duodénum. En rabattant l'épiploon en avant de l'intestin, il constata encore une perforation de l'épiploon très près de la grande courbure stomacale, mettant à découvert un des gros vaisseaux gastro-épiploïques sans l'intéresser.

Ces recherches avaient duré plus d'une heure, et le blessé, pâle et refroidi, avait un pouls filiforme. On lui fit de suite une injection intraveineuse, au pli du coude droit, d'un litre de sérum artificiel stérilisé, ce qui releva le pouls et facilita la respiration.

La suture de l'abdomen fut rapidement faite, et le chloroforme étant supprimé, l'opéré se réveilla et put être réchauffé artificiellement ; on lui fit en outre respirer de l'oxygène.

Le soir, l'état général et l'état local étaient satisfaisants (37°,4).

Le lendemain, très bon état, quelques gaz avaient été expulsés par l'anus (37-37°,6).

Le troisième jour, bon état le matin (37°), le soir un peu de délire (38°), qui continua le quatrième jour (37°,8-38°,2). Le cinquième jour, après une nuit très agitée, douleurs abdominales et ballonnement. On enlève le pansement et on constate que deux fils d'argent ont été rompus et que deux anses intestinales font hernie par l'incision opératoire.

M. Boiffin enleva toutes les sutures, constata une péritonite généralisée au début et lava la cavité abdominale à l'eau bouillie, ce qui n'empêcha pas la péritonite d'évoluer. Le malade succomba le sixième jour au matin.

L'autopsie permit de s'assurer que les sutures intestinales avaient bien tenu, mais il y avait une péritonite suppurée au début.

Il n'est pas dit dans ces quelques lignes si les accidents péritonitiques avaient commencé ou paraissaient avoir débuté du côté des sutures intestinales ou du côté de la plaie abdominale réouverte par rupture des fils à suture de la paroi.

Cette remarque présente une certaine importance en ce sens que, plusieurs fois, alors que je pratiquais la suture de la paroi avec des fils d'argent, il m'est arrivé, chez des laparotomisées, d'observer des ruptures de fils et l'issue des anses intestinales par la plaie abdominale réouverte. Or, dans ces cas, il s'en faut que les malades aient succombé à des accidents péritonitiques suppurés généralisés, ceux-ci ont été circonscrits et mes opérées ont guéri pour la plupart. C'est que ces ruptures de la cicatrice se produisaient sous un pansement antiseptique, le plus souvent sous une couche de gaze iodoformée, ce qui empêchait le développement d'une péritonite septique généralisée. C'est dire que, dans ces cas, il nous a semblé inutile de détruire les sections qui tenaient encore, et surtout de laver la cavité abdominale à l'eau bouillie, comme a cru devoir le faire le Dr Boiffin. Ce choix de l'eau bouillie est d'ailleurs contestable, et l'eau stérilisée bouillie et contenant 7 grammes de chlorure de sodium pour 1000 serait de beaucoup préférable; car cette solution, d'après mon ami le Dr Malassez, n'altère en aucune façon les éléments anatomiques, ce que fait l'eau bouillie. Quoi qu'il en soit, je ne saurais trop louer la décision prise par notre confrère, lorsqu'en présence de la plaie pénétrante de l'abdomen qu'offrait son blessé il n'hésita pas à pratiquer la laparotomie. Il était sûr de l'existence d'un épanchement sanguin intra-abdominal; l'indication de rechercher le vais-

seau ou les vaisseaux lésés s'imposait ; de plus, on pouvait soupçonner une lésion intestinale, et attendre des signes de péritonite pour intervenir eût été attendre les manifestations d'une excellente culture microbienne dans le sang intra-péritonéal, c'est-à-dire intervenir alors que la péritonite eût été en pleine évolution. La laparotomie montra, en effet, une double perforation de l'intestin, nullement obturée par le classique bouchon muqueux, et des vaisseaux veineux et artériels lésés ; grâce à elle, on put obturer l'intestin et lier les vaisseaux intéressés.

Les accidents semblèrent tout d'abord conjurés, mais ils se développèrent le quatrième jour, et le malade succomba au sixième à des phénomènes de péritonite, par suite, dit l'auteur, de la rupture des fils de la suture abdominale dans un accès de delirium tremens, ce qui peut être discuté, comme nous l'avons déjà fait remarquer. En tout cas, l'alcoolisme du malade et les accès de delirium tremens ont certainement joué un grand rôle dans sa non-résistance à l'intoxication microbienne de son péritoine.

Nous arrivons à l'observation de notre ami et collègue des hôpitaux M. A. Broca.

Obs. III. — H..., 37 ans, reçoit un coup de couteau dans l'abdomen et arrive à minuit à l'hôpital Bichat; une heure et demie après, M. Broca est auprès du blessé et constate, à gauche de la ligne médiane, à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'ombilic, une plaie verticale de 3 centimètres de long, pas d'épiploon, pas de sang, pas de matières intestinales ni de gaz sortant par la plaie. L'examen avec une sonde cannelée aseptique et avec le doigt démontre que la plaie est pénétrante, la section profonde de la paroi étant plus large que la section superficielle. L'état général était bon, il n'y avait que des douleurs abdominales généralisées, surtout lors de pression exercée par les mains de l'explorateur.

La laparotomie exploratrice est décidée et pratiquée; pendant la chloroformisation, à la suite d'un effort, l'épiploon vient faire hernie dans la plaie.

Incision médiane de l'ombilic au pubis; il y a un peu de sang dans le péritoine; pas de gaz ni de matières intestinales. « Pour plus de sécurité, dit M. A. Broca, je dévidai l'intestin en attirant la première anse que je rencontrai. Centimètre par centimètre, pour ainsi dire, l'intestin, minutieusement protégé par des compresses, était rentré à mesure que je l'avais examiné. Une fois arrivé à la résistance du mésentère, je dévidai en sens inverse, c'est-à-dire de bas en haut, jusqu'à la limite supérieure de l'iléon. Cette manœuvre fut très simple et très rapide. » Il n'explora ni le cæcum ni les côlons ascendant et descendant, la direction de la plaie rendant leur lésion fort peu probable, mais il examina l'anse de l'oméga iliaque.

La plaie profonde de la paroi fut réunie par un coup de ciseaux

avec l'incision de la ligne blanche, et cette plaie fut suturée avec deux fils de soie en capiton. Comme il s'écoulait de l'abdomen une notable quantité de sérosité très teintée de sang, M. Broca agrandit un peu son incision jusqu'au-dessus de l'ombilic pour examiner l'épiploon et le côlon transverse, qu'il trouva sains. L'estomac fut laissé de côté, étant fort éloigné du traumatisme primitif de l'abdomen.

Toilette péritonéale avec des éponges et suture de la paroi en étages (deux plans à la soie, et la peau au crin de Florence). Un drain fut placé dans la plaie pariétale faite par le couteau, et dont l'asepsie était des plus douteuses. Pansement iodoformé. Sauf quelques douleurs abdominales, les suites opératoires furent des plus simples. La température oscille entre 37 et 38° les deux premiers jours, ultérieurement elle est entre 37° et 37°,4.

Au bout de huit jours on retire le drain et on fait le pansement, la réunion est parfaite.

Huit jours après, un point de la suture médiane situé juste dans l'ombilic donne une goutte de pus, ce qui est dû à un fil de soie profond, qu'on enlève au bout de deux jours.

Le blessé quitte l'hôpital dix-neuf jours après l'opération. Il a été présenté à la Société de chirurgie par M. Broca le 19 novembre 1890. Sa cicatrice est longue de 15 centimètres et parfaitement résistante.

Comme on le voit, la conduite tenue par M. Broca fut absolument radicale; sûr de la pénétration de la plaie abdominale, et en l'absence de tout accident local ou général, sauf peut-être un peu de choc, le chirurgien n'hésita pas à pratiquer une laparotomie exploratrice, pensant à juste titre que, lors de l'apparition des phénomènes péritonitiques, les accidents ont déjà notablement compromis la vie des blessés.

Dans les quelques réflexions qui suivent cette observation, M. A. Broca fait remarquer qu'il ne lui a pas été difficile d'explorer méthodiquement toutes les anses intestinales grêles, en les réduisant à mesure qu'il les avait examinées. Il a pu ainsi vérifier l'état de l'épiploon, celui du côlon transverse et de l'oméga iliaque; enfin, s'il eût été nécessaire, il eût pû explorer le cæcum, les côlons ascendant et descendant, voire même l'estomac, en usant des mêmes précautions.

Il est entendu que, lorsqu'il prend la détermination de pratiquer une laparotomie exploratrice, le chirurgien doit être *sûr* de son asepsie, et, très probablement, c'est l'absence de cette certitude qui a fait reculer nombre de chirurgiens, cela à juste titre. En fait, dans les conditions actuelles de la chirurgie, et toutes les fois que l'on sera absolument sûr de pratiquer une laparotomie aseptique, j'accepte entièrement la manière de faire de M. A. Broca.

Je n'ai nullement l'intention de recommencer ici la discussion

qui eut lieu sur ce point de thérapeutique chirurgicale; mais je suis persuadé que le nombre des chirurgiens abstentionnistes diminuera de jour en jour, précisément parce que le nombre de ceux qui n'ont pas confiance dans leur asepsie diminuera aussi.

Étant donné que l'intervention ne modifie en aucune façon les chances de guérison dans les cas exceptionnels où la plaie pénétrante n'a pas produit de lésion viscérale, ce que démontre le fait de M. A. Broca, nous pensons devoir la préconiser dans tous les cas où l'on est certain par l'exploration directe de la plaie que la blessure est pénétrante. Attendre, comme le font un grand nombre de chirurgiens, que des accidents péritonitiques se soient accusés, me paraît inutile et dangereux, car, ainsi que je l'ai déjà dit, c'est attendre que la culture microbienne du péritoine soit en pleine évolution et que l'intoxication du blessé ait commencé.

D'ailleurs, la manière de faire que je défends ici a été acceptée déjà par nombre de chirurgiens, parmi lesquels je puis citer les suivants, assez récents :

Lauenstein[1], constatant un épanchement intra-abdominal, à la suite d'une plaie sus-ombilicale pénétrante par éclat d'acier, fait la laparotomie immédiate. Rien à l'intestin; plaie du méso-côlon, d'où l'hémorrhagie par un vaisseau qui fut lié; guérison.

Koehler[2], sur un blessé tellement exsangue qu'on lui fit une injection intraveineuse d'eau salée, fit une laparotomie exploratrice pour une plaie pénétrante avec épanchement sanguin dans le péritoine et peut-être plaies viscérales. L'incision fut faite au niveau de la plaie de l'abdomen, on trouva un énorme épanchement de sang dans le ventre sans plaies artérielles ou viscérales appréciables, sauf peut-être les artères de la paroi, qui furent liées à tout hasard; suture de la paroi, guérison. Cet auteur pense, et à juste raison, croyons-nous, que l'évacuation de cet énorme épanchement intra-abdominal a permis de sauver le blessé.

Bernays[3], au Congrès international de Berlin en 1890, plaide en faveur de la laparotomie exploratrice et relate un fait de plaie par balle de revolver à la région ombilicale, qui fut traité avec succès par la laparotomie. On sutura quatre plaies de l'estomac et on obtint la guérison malgré une lésion du foie, du diaphragme et de la plèvre. La balle fut extraite à la région dorsale.

[1] Aus dem Gebiete der abdominal Chirurgie (*Deutsche med. Wochenschrift.* Leipz., 1889, n° 49, p. 1002).

[2] Penetrirende Bauchwunde durch Stich mit einem Taschen-messer Gefahr innerer Verblutung. Laparotomie, etc., Heilung (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1890, n° 53, p. 119).

[3] *Mercredi médical*, 1890, n° 36, p. 445. — *Berliner klin. Wochenschrift*, 1890, n° 31, p. 708 (statistique).

D'ailleurs, dans le numéro du 4 août 1890 du *Berliner kl. Wochenschrift*, Bernays donne sa statistique :

1° Fille de 9 ans; 3 perforations du côlon par balle de revolver. Mort de péritonite ;

2° Garçon de 12 ans; plaie par balle revolver; hémorrhagie par une veine lombaire qui fut liée ; 6 perforations de l'intestin grêle, suturées. Guérison. Dans ce cas, la laparotomie fut un peu tardive; le blessé, amené le soir, ne fut opéré que le lendemain matin;

3° Homme 38 ans ; plaie par balle (calibre 41, soit 1 centimètre de diamètre). Plaie de l'estomac et du duodénum. Guérison;

4° Homme 25 ans; signes d'hémorrhagie interne; plaie de la gastro-épiploïque droite et 4 perforations de l'estomac. Guérison;

5° Homme 22 ans; plaie par balle de revolver; 2 perforations de l'estomac; une perforation du duodénum fut méconnue. Mort.

Le Dr Barrow [1] (de Lexington) communiqua à la quarante-cinquième réunion annuelle de l'Association médicale américaine, tenue à Nashville du 20 au 23 mai 1890, deux observations de laparotomie immédiate après un traumatisme pénétrant de l'abdomen :

1° Plaie péri-ombilicale par revolver; laparotomie; 6 perforations intestinales sont suturées. Guérison;

2° Plaie péri-ombilicale par revolver; laparotomie après quatre heures, sans qu'il y ait de symptômes de perforation; 5 perforations intestinales, dont 3 de l'intestin grêle. Mort par péritonite septique malgré la réouverture du ventre et le lavage.

L'auteur a fait en tout 6 opérations avec deux succès et défend la laparotomie exploratrice.

M. T. Scott [2] fit la laparotomie immédiate chez un nègre frappé de deux coups de revolver, la balle ayant pénétré en dedans et au-dessus de l'épine iliaque supérieure gauche; 4 perforations de l'iléon ; matières intestinales dans l'abdomen ; lavage et drainage. Guérison.

A l'occasion de cette communication à l'Association des médecins du Mississipi, Dalton relata 6 cas de laparotomies hâtives faites pour des coups de couteau avec lésions viscérales, qui donnèrent cinq guérisons.

Citons encore les faits de Dwight Dickinson [3] et de A. B. Miles [4].

[1] *Mercredi médical*, 1890, n° 24, p. 293.

[2] Laparotomy for gunshot wound of intestine. Complet recovery (*Medical Record*. New-York, 8 novembre 1890, vol. XXXVIII, n° 19, p. 516 à 533).

[3] The propriety of operative interference in guushot wounds of the abdomen (*Medical Record*. New-York, 27 septembre 1890, vol. XXXVIII, p. 345).

[4] Report of a case of gunshot wound of the abdomen with three mesenteric and sixteen intestinal wounds; abdominal section. Recovery (*Medical News*, 27 décembre 1890, t. LVII, n° 26, p. 680).

Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme atteint par une balle (de revolver?) au-dessus et à gauche de l'ombilic. On fit la la laparotomie, on sutura 12 plaies de l'intestin et on fit la ligature d'un gros vaisseau mésentérique. Le blessé succomba trente-deux heures après l'intervention.

Dans le second cas, c'est un homme de 24 ans qui reçoit une balle de revolver dans le ventre, entre le pubis et l'ombilic. L'opération fut faite une demi-heure après l'accident; par bonheur, le blessé, souffrant depuis quelques jours, s'était mis à la diète; aussi n'y avait-il que du sang épanché dans le ventre. Le chirurgien dut suturer 3 perforations mésentériques et 16 perforations de l'intestin; l'opération dura deux heures. Le cinquième jour selle spontanée, et le blessé quitte l'hôpital après trente-sept jours.

On pourrait multiplier ces exemples, mais ils me paraissent bien suffisants pour indiquer les tendances de la chirurgie abdominale.

En résumé, Messieurs, avec mon ami et collègue des hôpitaux M. Broca et avec M. Boiffin, je suis absolument partisan de l'intervention immédiate dans les plaies pénétrantes de l'abdomen.

Tantôt la laparotomie ne sera qu'exploratrice, comme dans le fait de M. Broca; le plus souvent, elle ne sera que le premier temps d'interventions multiples consistant soit dans la ligature de vaisseaux artériels ou veineux lésés, soit aussi dans la suture de plaies intestinales ou stomacales, dont la marche ne peut être abandonnée aux soins de la bonne nature, comme on l'a trop cru jusqu'ici.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser des remerciements à MM. Boiffin et Broca, et de déposer leurs observations aux Archives de la Société.

Discussion.

M. Berger. Dans les intéressantes observations de M. Boiffin, je voudrais relever d'abord le fait de la désunion de la suture abdominale, et l'importance que l'auteur lui attribue. J'ai observé récemment un accident semblable sur un de mes malades, qui guérit néanmoins. Cet accident survint par un mécanisme des plus nets : il eut pour cause un épanchement intra-péritonéal résultant d'une péritonite exsudative, non suppurée, à la suite de l'obturation parfaite des plaies intestinales. Le huitième jour, au moment où je commençais à enlever les fils, il y eut désunion partielle et un jet de liquide se produisit; je m'arrêtai, mais les jours suivants, les fils que j'avais laissés coupèrent les tissus, et la plaie s'ouvrit largement. Aujourd'hui, le malade est presque entièrement cicatrisé; il en sera quitte pour avoir une légère éventration et porter un bandage. D'après ce fait, il m'est difficile d'admettre

que la désunion ait été, chez le malade de M. Boiffin, une cause suffisante pour amener la mort; je crois qu'elle a été la suite et non la cause de la péritonite.

Quant aux lavages du péritoine, je pense qu'il faut s'en abstenir autant que possible, de même qu'il faut opérer vite et sans manœuvres inutiles. Le lavage doit toujours être insuffisant et ne peut enlever tout ce qui souille le péritoine; il vaut mieux nettoyer chaque anse intestinale qu'on examine, et la réduire aussitôt. Le lavage prend du temps, modifie la calorisation intra-abdominale; il n'est pas sûrement aseptique, ou bien, s'il est antiseptique, il n'est pas innocent. Dans le cas où j'ai perdu mes malades, j'avais fait le lavage du péritoine; je ne l'ai pas fait dans le cas où mon opéré a guéri. Je préfère m'abstenir.

Sur le fond de la question, je dirai que je fais la laparotomie quand il y a des symptômes. La différence d'opinion qui me sépare sur ce point de quelques-uns de mes collègues me paraît être surtout dans les mots; car, comment reconnaître qu'une plaie est pénétrante si elle ne donne pas de symptômes? Il m'est arrivé de m'abstenir dans un cas où il y avait du melæna; mais il n'existait aucun symptôme abdominal. On juge de la pénétration par une certaine sensibilité de la paroi, par un changement dans l'état général qui indique un commencement de septicémie; mais, si aucun phénomène ne se produit, j'avoue que je suis disposé à m'abstenir, sachant que certaines plaies, même pénétrantes, peuvent guérir seules.

M. Pozzi. Je partage l'avis de M. Terrier; c'est l'opinion que j'ai soutenue dans le rapport que j'ai fait, comme secrétaire de la Société de chirurgie, en janvier 1890. En cas de plaie pénétrante de l'abdomen, il faut faire de parti pris la laparotomie, exploratrice d'abord, avant que les symptômes n'éclatent. C'est sur l'étiologie, et non sur les symptômes, qu'on peut s'appuyer pour juger de la pénétration. Mieux vaut faire dix laparotomies inutiles que de s'abstenir dans un cas où elle est nécessaire.

Un mot sur la technique opératoire. Il faut être fort réservé sur le lavage du péritoine; et cela, non pas tant à cause de prétendus réflexes dangereux qui pourraient survenir quand on lave les régions sus-ombilicales, mais à cause de la sensibilité excessive de l'épithélium, qui se desquame avec la plus grande facilité. Si on lave, c'est avec la solution de chlorure de sodium à 7 pour 1,000, mais il faut proscrire l'usage des antiseptiques; antiseptiser le péritoine, c'est l'empoisonner.

Un mot aussi sur la suture intestinale. Celle de Lembert est insuffisante; il faut adopter un double plan de sutures, en faisant

d'abord la réunion exacte de la muqueuse, puis de la tunique péritonéale; pour réunir celle-ci on peut faire deux étages, si le calibre de l'intestin s'y prête. C'est la soie de Czerny qu'il faut employer, et surtout des aiguilles très fines, en multipliant à l'extrême les points de suture. J'ai eu récemment, par ce procédé, un beau succès, chez une femme qui subissait pour la troisième fois la laparotomie. Une première fois, je l'avais opérée pour un pyosalpinx; au bout de quinze jours, fièvre et tuméfaction au-dessous du foie, deuxième laparotomie qui me fit découvrir un foyer purulent sous-hépatique développé aux dépens de l'épiploon infecté. Ensuite survint un petit abcès de la première cicatrice; la fistule ne tarissant pas, je fis une troisième laparotomie pour aller chercher un fil, cause probable de la suppuration, dans la profondeur de l'ancienne plaie. Il était entouré de tissu fibreux et d'adhérences intestinales, et, en disséquant le trajet, je vis apparaître la muqueuse de l'intestin dont j'avais entamé la paroi. Je dus alors, avec beaucoup de difficulté causée par les adhérences, attirer l'anse et la suturer avec les précautions que je viens d'indiquer; la malade guérit très bien.

M. Reclus. Je ne veux pas revenir sur un débat qui nous a longuement occupés jadis et sur les arguments que j'ai fait valoir. Je dirai seulement que je me rattache à l'opinion émise par M. Berger, en m'appuyant sur six cas de ma pratique, dans lesquels il était impossible de nier la pénétration. Cinq fois, par l'abstention, j'ai obtenu un résultat parfait; dans le sixième cas, je suis intervenu parce qu'il y avait une hémorrhagie, et il fallait bien intervenir, mais le malade est mort.

Devons-nous dire, avec M. Pozzi, que la laparotomie n'est jamais dangereuse quand elle est aseptique? J'ai opéré mon sixième malade dans un milieu très aseptique, où régnaient les traditions établies par M. Championnière. Il y a, selon moi, d'autres causes que l'infection pour expliquer la mort, il y a aussi le choc opératoire. Un très grand nombre de malades sont morts entre des mains aseptiques; en Amérique, où la laparotomie est faite de parti pris dans tous les cas, la mortalité est encore de 50 0/0.

En résumé, je reconnais que la laparotomie est souvent indiquée, mais il m'est impossible de ne pas retenir que, par elle, mes cinq malades n'auraient pas mieux guéri.

M. Championnière. Je viens appuyer les affirmations de M. Terrier. Si vous faites la laparotomie pour une plaie non pénétrante, il n'y a pas grand mal; s'il y a pénétration, vous pouvez rendre grand service au blessé. La laparotomie exploratrice, par elle-même, n'est rien; quand il y a quelque chose à faire dans le ven-

tre, c'est alors que le danger commence. Voilà pourquoi on ira de plus en plus vers cette pratique de la laparotomie entreprise de bonne heure ; et il me semble que l'opinion de M. Reclus s'est déjà modifiée dans ce sens.

Je ne fais jamais de lavage. En tout cas, s'il est défendable quand il s'agit d'entraîner des caillots au dehors, il est dangereux toutes les fois qu'il peut pousser des saletés vers l'intérieur. Il est donc mauvais dans les plaies intestinales ; d'autant plus qu'ici l'épanchement n'a pas beaucoup de tendance à s'étendre au loin. Je me sers volontiers, au contraire, des antiseptiques, et je ne partage pas la crainte qu'ils inspirent à M. Pozzi. Je n'hésite pas à toucher le péritoine avec un antiseptique puissant, et je trouve qu'il s'en accommode fort bien.

La suture en plusieurs plans est très bonne sur le gros intestin et sur l'estomac, parce qu'on ne risque pas de les rétrécir ; je l'ai faite avec succès. Mais sur l'intestin grêle, c'est plus difficile.

Enfin, je répondrai à M. Reclus que je ne crois pas aux milieux aseptiques ; je crois au chirurgien antiseptique. Si on a des revers avec les plaies intestinales, c'est qu'elles sont extrêmement difficiles à traiter ; dans une manœuvre aussi complexe, il peut toujours nous échapper quelque chose, et on ne saurait comparer les opérations que nous faisons en pareil cas avec la laparotomie faite dans de meilleures conditions. Pour moi, les antiseptiques puissants, qui ne sont jamais dangereux si on les emploie à petites doses, sont encore notre meilleure sauvegarde, en chirurgie abdominale comme partout ailleurs.

M. Reclus. J'ai dit justement qu'on ne pouvait comparer la simple ouverture du ventre avec une laparotomie entreprise contre une plaie de l'intestin. Rien de plus difficile que de trouver cette plaie ; il faut prendre et dérouler les anses une à une. Voilà ce qui est dangereux, voilà pourquoi cette laparotomie exploratrice n'est pas comme les autres, ayant pour condition nécessaire le dévidage et l'épluchement de l'intestin. Il est arrivé aux chirurgiens les plus éminents de laisser dans le ventre des plaies intestinales non suturées. Toutes ces difficultés, tous ces accidents me poussent à m'abstenir, me souvenant qu'en agissant ainsi j'ai eu cinq bons résultats sur six.

M. Berger. Je ne voudrais pas qu'on me prît pour un adversaire de la laparotomie dans les plaies intestinales. Aucun de mes collègues, je crois, ne l'a faite aussi souvent que moi. Néanmoins, j'avoue que je ne la fais pas sans arrière-pensées, car il n'est pas juste de dire que, dans les faits de ce genre, la laparotomie exploratrice n'est rien. Elle se fait, au contraire, dans des conditions

fort dangereuses : déroulement de l'intestin, exposition des anses à l'air, blessures du foie, accumulation de caillots, exsudats péritonéaux qui sont d'excellents milieux de culture, partout il y a péril. Aussi me faut-il des raisons sérieuses pour intervenir, et me paraît-il nécessaire que l'examen attentif du blessé m'ait donné d'abord la certitude de la pénétration.

M. Terrier. Je m'applaudis d'avoir provoqué ce débat, qui montre à quel point les tendances de certains de nos collègues se sont modifiées depuis quelque temps. Je suis même étonné de la rapidité de cette évolution. On pourrait maintenant diviser nos collègues en trois catégories : 1° ceux qui, avec MM. Pozzi, Championnière et moi, admettent qu'il faut toujours faire la laparotomie d'emblée, le plus tôt possible, car elle permet, ou de ne rien faire s'il n'y a pas de désordres, ou de les réparer s'ils sont réparables, et, en présence de lésions multiples, elle n'ajoute rien à leur gravité ; 2° ceux qui reconnaissent, comme M. Berger, la valeur de la laparotomie, mais qui n'y viennent, pour ainsi dire, qu'à regret ; M. Berger n'est pas tout à fait entraîné à cette heure, mais j'espère qu'il le sera bientôt ; 3° ceux qui, sachant que certaines plaies pénétrantes peuvent guérir seules, préfèrent, à l'instar de M. Reclus, s'en remettre à la nature du soin de guérir leurs blessés. Cette dernière opinion est diamétralement opposée à la mienne.

Je partage les idées qui ont été émises sur la technique de la suture intestinale. Quant au lavage, je ne l'ai jamais fait ; je le comprends dans certains cas, mais à la condition qu'il ne s'agisse pas de ces énormes quantités d'eau qui remplissent tout l'abdomen ; j'aime mieux, comme le fait M. Championnière, localiser l'action thérapeutique.

M. Reclus. Je reprends la parole sur une question de fait : j'ai omis de dire que, chez le malade auquel j'ai fait la laparotomie, il y avait quatre perforations intestinales.

Communication.

Résultats du traitement des épithéliomas par la pyoktanine.

Par M. Le Dentu.

Mosetig-Moorhof, dans différentes communications (*Zur Behandlung nicht operabler bösartiger Neubildungen. Wiener medicinische Presse*, 18 février 1891, n° 6, p. 216), rapporte les excellents résultats qu'il aurait obtenus en traitant les tumeurs

malignes par des injections interstitielles de pyoktanine. Stilling a donné ce nom à deux couleurs d'aniline, le violet de méthyle et l'auramine, débarrassées de toutes traces d'arsenic. Mosetig espérait, grâce à l'affinité des noyaux des cellules épithéliales pour les matières colorantes, amener ainsi la nécrose et l'élimination du néoplasme.

Il rapporte un certain nombre de faits de sarcomes et d'épithéliomas ganglionnaires dans lesquels il aurait obtenu par ce moyen soit la guérison totale du néoplasme, soit une amélioration considérable. Il s'excuse d'avoir publié un peu hâtivement ses résultats, en faisant remarquer que, pour obtenir une solution rapide du problème, le concours d'un grand nombre de travailleurs est indispensable.

Le procédé consiste à badigeonner les tumeurs ulcérées et à y faire des injections interstitielles, tous les deux ou trois jours, d'une solution de violet de méthyle à 1/300, par doses de 3 grammes de solution. Les faits suivants démontrent tous l'inefficacité absolue de ce mode de traitement :

Obs. I. — *Petit épithélioma de la lèvre. Injections interstitielles de pyoktanine au* 1/100.

Homme de 52 ans, portant, depuis quatre mois, sur le bord muqueux de la lèvre inférieure, une petite ulcération croûteuse, indurée, du volume d'une lentille. Il est traité par des badigeonnages de pyoktanine au 1/100, et reçoit, du 19 mars au 4 avril, quatre injections interstitielles de 2 centimètres cubes de solution au même titre. L'injection est douloureuse, le liquide vient suinter au niveau de l'ulcération, et la lèvre, pendant quelques heures, garde une teinte violette. L'ulcération n'a subi aucune modification, si ce n'est qu'elle s'est étendue. Extirpation au bistouri le 4 avril.

Le microscope confirme la nature de la lésion, sans aucune modification des éléments.

Obs. II. — *Épithélioma de la lèvre inférieure. Badigeonnages et injections interstitielles.*

Homme de 64 ans, portant sur le bord muqueux de la lèvre inférieure une ulcération dont le début remonte à un mois et demi. Elle a 2 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur. Elle est granuleuse, indurée, et donne lieu à une sensation de brûlure assez vive.

Le malade est soumis, à partir du 4 mars, à des badigeonnages de pyoktanine au 1/500, répétés cinq fois par jour. L'ulcération semble d'abord diminuer d'étendue et devient moins douloureuse. Puis l'induration augmente.

Du 19 mars au 20 avril, badigeonnages au 1/100.

Le 20 avril, injection interstitielle de 2 centimètres cubes de la solution au 1/100. Aucune amélioration.

La lésion est enlevée au bistouri. Le microscope montre un épithélioma des plus caractérisés, sans coloration des éléments.

Obs. III. — *Cancroïde de la face traité par des badigeonnages bi-quotidiens de pyoktanine au* 1/100.

Homme de 65 ans, atteint d'un cancroïde ulcéré dont le début remonte à cinq ans. L'ulcération occupe l'angle interne de l'œil gauche, la plus grande partie de la face correspondante du nez, et descend le long du sillon naso-génien jusqu'au voisinage du bord libre de la lèvre supérieure. Ses bords présentent l'induration caractéristique. Une petite ulcération analogue, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, occupe la région parotidienne. Extirpée au bistouri et examinée au microscope, cette dernière offre tous les caractères histologiques de l'épithélioma.

Le malade, à partir du 20 mars jusqu'au 7 avril, est soumis, matin et soir, à des badigeonnages de pyoktanine au 1/100. Aucun résultat. L'ulcération s'est étendue et a envahi le tiers interne des paupières. Extirpation au bistouri.

L'examen histologique n'a révélé aucune modification dans les éléments épithéliaux, aucune coloration des cellules.

Obs. IV.—*Épithélioma primitif des ganglions sous-maxillaires, ulcéré. Insuccès des badigeonnages et des injections interstitielles.*

Homme de 59 ans, atteint d'une tumeur ganglionnaire dont le début remonte à cinq mois. Elle est du volume d'un gros œuf et siège à droite, en arrière de l'angle de la mâchoire. Adhérente à la peau et aux parties profondes, elle est recouverte de deux ulcérations à bords végétants et saignant facilement. Le fond est anfractueux, grisâtre, fétide. L'examen de la bouche et du pharynx ne permet pas de découvrir un point de départ. Le malade, d'ailleurs, n'éprouve aucune gêne dans la déglutition, mais dit avoir eu une angine au début de sa maladie.

On commence le traitement le 20 mars par des injections interstitielles, répétées tous les deux jours, d'une solution de pyoktanine au 1/500 et des badigeonnages deux fois par jour avec la même solution. Les injections sont chaque fois de 4 centimètres cubes poussés en deux points différents. Elles ne provoquent qu'une douleur modérée, et parfois le liquide injecté vient sourdre par une fissure à la surface. Mais il est facile de constater que, si les parties sphacélées et les anfractuosités se colorent d'une façon intense, au contraire, les ulcérations bourgeonnantes et rouges ne changent pas de caractère, et on ne provoque à leur niveau ni coloration, ni élimination du néoplasme. Le suintement ichoreux garde son odeur fétide, et la marche progressive de l'affection ne paraît influencée en aucune façon. A partir du 26 mars, les injections sont faites avec une solution au 1/100.

La tumeur et l'ulcération, toujours végétante, se sont étendues au

point d'avoir doublé de volume, la mastication est gênée, et le malade s'est considérablement affaibli.

Discussion.

M. Richelot. Lorsque j'ai lu la première communication de Mosetig-Moorbof, j'avoue que j'en ai été séduit tout d'abord, car elle me paraissait marquée au coin de l'exactitude scientifique. Malheureusement, je crains bien que nous ne soyons obligés de renoncer aux espérances qu'elle a fait naître.

J'ai essayé plusieurs fois la pyoktanine dans mon service de l'hôpital Tenon. Un homme qui avait un cancer avancé des ganglions sous-maxillaires a vu sa tumeur évoluer sans interruption et a fini par mourir; un autre, atteint d'un cancer récidivé de la joue, s'ulcère de plus en plus et ne retire aucun profit du traitement. J'essaye encore le violet de méthyle, avec grand scepticisme, sur une récidive de cancer utérin après hystérectomie vaginale; il faut avouer que les conditions sont ici particulièrement défavorables. Enfin, et c'est le seul cas qui me paraisse mériter d'être examiné de près, j'ai dans mon service un malheureux cloué dans son lit par un énorme ostéosarcome du bassin qui dure depuis deux ans et qui l'immobilise absolument depuis une année; la tumeur était grosse comme deux têtes d'adulte, le membre infiltré, l'état général encore assez bon. J'ai fait jusqu'ici une trentaine d'injections interstitielles, chacune de 6 grammes, de la solution au 300e, et pendant longtemps je n'ai vu aucun changement. Mais, il y a quinze jours environ, après une abstention d'une à deux semaines, j'ai constaté une modification profonde : la tumeur, qui était rénitente, vasculaire et pulsatile, est aujourd'hui plus molle, comme imprégnée de liquide; de plus, elle s'est affaissée, et son volume a certainement diminué d'un tiers; en même temps s'écoule, par une fistule existant depuis longtemps, une grande quantité de sérosité louche et de détritus teintés en violet. Voilà qui serait bien et pourrait me donner de l'espoir, si en même temps l'état général ne faiblissait pas. Le malade, qui mangeait bien et ne souffrait pas, me paraît aujourd'hui plus pâle et plus faible; il manque d'appétit et s'achemine vers un état cachectique dont cet écoulement est peut-être la cause. Bref, je ne sais trop ce que je dois faire : continuer, sans doute, si l'état général se maintient à peu près, si je puis le nourrir et soutenir ses forces; m'arrêter, au contraire, et le laisser mourir tranquille si je vois que le traitement l'épuise. Quoi qu'il en soit, voilà un fait dont nous ne pouvons encore tirer grand espoir.

M. Reclus. J'ai essayé la pyoktanine — celle de la bonne marque,

venue d'Allemagne — sur une récidive ganglionnaire de la région cervicale; les résultats ont été absolument nuls. Dans un autre cas, où il s'agissait de ganglions cervicaux engorgés à la suite d'un néoplasme de l'amygdale, n'obtenant rien encore, j'ai enlevé une partie de la tumeur pour l'examiner : j'ai constaté qu'il n'y avait aucune inhibition des tissus par le violet de méthyle, et que celui-ci formait des thrombus, des ilots séparés. Je crois donc, comme M. Richelot, que, si on peut continuer les essais pour tâcher d'obtenir quelque chose de mieux, du moins ne faut-il pas s'abandonner à de grandes illusions.

M. Bazy. Moi aussi, j'ai eu le tort de croire à ce qui venait de loin. J'ai employé la pyoktanine dans un cancer inopérable de la région temporale; comme la tumeur n'en marchait que plus vite, je me suis arrêté.

J'ai essayé d'associer la pyoktanine à l'aristol.

Dans un cas de blennorrhagie, je me suis servi d'une solution à 1 pour 400; mais, les symptômes ayant été exaspérés, le malade n'a pas voulu continuer le traitement. Enfin, je connais un cas de tumeur de la vessie où les résultats ont été également très mauvais.

Présentation de malades.

1° *Genu valgum double. Ostéoclasie des deux fémurs. Résultat constaté 5 ans après ; attitude normale des membres.*

Par M. Nicaise.

Ph..., âgé de 16 ans, entre le 7 avril 1886 à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Nicaise, salle Malgaigne, 21, pour un genu valgum double.

Pas d'antécédents héréditaires. Pendant son enfance, gourmes, glandes au cou ; coqueluche, bronchite vers l'âge de 5 ans. A 7 ans, on remarque un commencement de déviation de la jambe gauche, survenant sans cause ; la même difformité se présente bientôt sur la jambe droite. M. de Saint-Germain conseille un appareil orthopédique, qui est gardé pendant 18 mois ; l'attitude vicieuse reste stationnaire. Trouvant que l'appareil gênait, on l'abandonna. La déformation resta à peu près stationnaire jusqu'à la fin de 1885. A ce moment des douleurs se montrent, surtout au cou-de-pied et dans la hanche, et du côté droit. La marche, qui jusque-là n'avait guère été gênée, devient pénible ; les douleurs se montrent au bout d'une demi-heure.

8 *avril*. Si on applique une longue attelle reposant sur le grand trochanter et la malléole externe, on constate que le condyle externe

du fémur est éloigné de cette ligne : à droite, de 40 millimètres ; à gauche, de 54 millimètres.

Le malade étant debout, les condyles internes du fémur en contact, on trouve 15 centimètres d'écartement entre les malléoles internes ; le condyle interne du fémur descend manifestement plus bas que le condyle externe, et surtout à gauche.

L'articulation du genou est intacte, sans mouvement anormal de latéralité.

13 *avril*. Ostéoclasie avec l'appareil de Collin. L'appareil est d'abord appliqué sur la cuisse droite ; on obtient du premier coup une mobilité assez complète ; la fracture n'est pas accompagnée d'un bruit sec et net, ce qui tient à l'âge du sujet. Sur la cuisse gauche, l'appareil est appliqué deux fois de suite, on n'entend pas de bruit appréciable.

On fait séance tenante la réduction complète et on applique un appareil plâtré qui prend le bassin et les deux membres inférieurs jusqu'au cou-de-pied.

Les douleurs ressenties par le malade à son réveil furent peu vives et de peu de durée.

14 *avril*. Le malade ne souffre pas ; l'extrémité inférieure des cuisses est le siège d'une tuméfaction assez considérable.

20 *avril*. La tuméfaction disparaît, il y a sur la face externe des cuisses une ecchymose jaune.

21 *mai*. Le malade n'a plus souffert depuis l'opération, qui remonte à 38 jours ; la réduction est parfaite.

28 *mai*. On enlève l'appareil platré (45e jour), la consolidation est complète et l'attitude correcte.

10 *juin*. Le malade commence à marcher avec des béquilles (57e jour).

4 *juillet*. Légère atrophie des muscles, électrisation faradique quotidienne.

18 *juillet*. La marche est encore gênée et hésitante.

Au mois d'août, le malade marche avec une canne, il passe quelques jours à l'asile de Vincennes, puis rentre dans sa famille, où il continue à se soigner, marchant avec une canne pendant l'année 1887 et ne travaillant pas. Il reprend ensuite la vie ordinaire.

Aujourd'hui, 29 avril 1891, cinq ans après l'ostéoclasie, on constate que le résultat obtenu est parfait, et tel que, sans les commémoratifs et les photographies prises avant l'opération, on pourrait douter qu'elle ait eu lieu et qu'il y ait eu autrefois un genu valgum double.

L'attitude des membres est normale et le malade marche sans gêne et sans fatigue.

Discussion.

M. Th. Anger. J'ai présenté, il y a quatre ans, un double genu valgum opéré de la même manière avec un excellent résultat. Je l'ai revu récemment, il est parfaitement guéri.

M. Tillaux. Je rappellerai que j'ai opéré, il y a déjà longtemps,

le premier cas de genu valgum à Paris, par l'ostéoclasie manuelle, sur un garçon boucher de 16 ans. Il était, après l'opération, d'une rectitude parfaite ; c'est d'ailleurs la règle. Mais cela ne suffit pas pour établir la supériorité de l'ostéoclasie sur l'ostéotomie. J'ai été très partisan de la première, que j'ai faite un certain nombre de fois ; mais je crois aujourd'hui à la supériorité de la seconde.

2° *Fracture de l'olécrâne.*

M. Berger présente un malade atteint de fracture de l'olécrâne et traité par la suture osseuse à l'aide de deux fils d'argent laissés à demeure. M. Berger fit la suture parce qu'il y avait un écartement notable avec interposition de tissus entre les fragments ; autrement, on obtient d'excellents résultats par la position du membre et l'immobilité. Les fils de la suture osseuse ne doivent pas pénétrer dans l'articulation.

Présentations de pièces.

1° *Arthrectomie.*

M. Bazy présente les extrémités articulaires d'un genou atteint de tumeur blanche, dans lesquelles on ne voit pas, sur les différentes coupes, la moindre trace de lésions tuberculeuses. C'est un fait qui montre que les lésions osseuses dans les tumeurs blanches ne sont pas constantes, et qu'il ne faut pas s'appuyer sur cette prétendue constance pour repousser l'arthrectomie dans tous les cas, au profit de la résection.

Discussion.

M. Berger. Je n'ai jamais dit, pour ma part, que les lésions osseuses fussent constantes ; j'ai dit qu'elles étaient extrêmement fréquentes, et que souvent elles existaient sans qu'on pût soupçonner leur présence. Témoin un malade à qui j'ai fait une résection orthopédique pour une ankylose angulaire, sur un genou cicatrisé et guéri depuis longtemps ; j'ai trouvé dans l'extrémité inférieure du fémur, non pas un ancien foyer devenu caséeux, mais une collection liquide, une lésion évolutive que rien n'avait pu me faire prévoir.

M. Richelot. Pendant le dernier congrès de chirurgie, j'ai demandé à deux de nos collègues les plus autorisés, MM. Jules

Bœckel (de Strasbourg) et Roux (de Lausanne), leur opinion sur le degré de fréquence des lésions osseuses dans les tumeurs blanches. Vous savez que M. Jules Bœckel est partisan exclusif de la résection ; mais c'est pour d'autres raisons que la constance de l'altération des os, car il m'a répondu que souvent, selon lui, les os sont indemnes dans les tumeurs blanches de l'adulte. Quant à M. Roux, « j'admets, m'a-t-il dit, trois cas de synovite fongueuse pour un cas d'arthrite avec tubercules des os. »

Je tenais à vous signaler ces deux opinions très motivées en présence de la pièce de M. Bazy. Elles tendent à prouver que le principal argument des partisans de la résection quand même n'a pas toute la valeur qu'ils lui attribuent. Or, cet argument supprimé, les autres, qui sont d'ordre secondaire, ne sont pas difficiles à réfuter, et l'arthrectomie apparaît comme une opération qui peut être appliquée, non toujours, mais dans un certain nombre de cas.

2° *Salpingite tuberculeuse.*

M. Reynier. Messieurs, je présente à la Société en mon nom et au nom d'un de mes élèves, M. Sainton, des pièces qui proviennent d'une autopsie faite par M. Sainton dans un service de médecine de l'hôpital Tenon. Ces pièces m'ont paru intéressantes, car elles nous donnent pour un grand nombre de cas l'explication des douleurs que les malades accusent quelquefois après les laparotomies.

Il s'agissait d'une jeune femme de 21 ans, qui en septembre 1890 avait subi la laparotomie dans un de nos services de chirurgie, pour une salpingite tuberculeuse double. Depuis, elle n'avait pas cessé de souffrir du côté droit, tandis que, du côté gauche de la région, toute douleur avait disparu.

Au mois de décembre, elle commençait à tousser, et le 18 février elle entrait à Tenon pour des lésions pulmonaires tuberculeuses à marche rapide. A son entrée, on constate une infiltration généralisée du poumon droit, s'accompagnant de fièvre élevée, de perte de l'appétit, d'insomnie continuelle.

Le 22 avril, la malade mourait.

A l'autopsie, on trouvait tout le poumon gauche infiltré, et une énorme caverne dans le poumon droit, caverne qui s'était faite pendant le court séjour de la malade à l'hôpital.

Du côté de l'utérus, le pédicule résultant de l'ablation des annexes gauches était absolument libre ; sur ce pédicule se trouvait la ligature faite au fil de soie, n'ayant subi aucune altération.

A droite, au contraire, une petite portion de la paroi d'une anse de l'intestin grêle était prise dans la ligature ; en cherchant à enle-

ver le morceau d'intestin avec le pédicule auquel il adhérait, l'intestin se déchira, et la ligature tomba dans l'abdomen. Je vous présente donc la portion d'intestin perforé. Sans aucun doute, cette déchirure s'est faite par suite de lésions cadavériques.

La très petite partie de la paroi comprise dans la ligature explique l'absence de troubles intestinaux. Mais ce qu'il nous importe de noter, c'est cette adhérence intestinale au pédicule, adhérence qui a été cause de la persistance des douleurs accusées par la malade.

Or, je crois que, dans la majorité des cas où les opérées, après les laparotomies, accusent encore des sensations douloureuses, on doit en rechercher la cause dans des adhérences qui, soit par le fait d'un travail de péritonite ultérieure, soit par suite d'une faute opératoire comme dans le cas présent, viennent tirailler le pédicule; et les douleurs sont d'autant plus vivement ressenties que la femme est plus nerveuse.

A l'appui de cette manière de voir, je citerai une observation personnelle. Au mois de janvier 1891, j'opérais une femme pour une double salpingite purulente. Par mégarde, je compris dans le pédicule du côté gauche un peu de la paroi vésicale, et ne m'en aperçus qu'après avoir sectionné le pédicule. Je ne crus pas devoir enlever la ligature, qui laissait ma vessie ouverte, et je crus plus simple de laisser cette petite portion de la vessie comprise dans le pédicule, et de l'abandonner dans la cavité péritonéale. Aucun accident ne se produisit. Mais depuis j'ai vu la malade, et tandis que du côté droit elle n'accuse aucune douleur, elle éprouve des sensations douloureuses du côté gauche, où le pédieule est adhérent à la vessie. Si ces douleurs persistent, je me propose d'aller, par une nouvelle laparotomie, libérer ce point.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

G. Richelot.

Séance du 6 mai 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Les comptes rendus de la Royal Society of New South Wales;

3° Trois brochures de M. Nicaise sur : (*a*) *Les écoles de médecine et la fondation des universités au moyen âge ;* (*b*) *L'établissement d'un sanatorium pour les phthisiques ;* (*c*) *L'aération permanente par la fenêtre entr'ouverte;*

4° Une lettre de M. Villemin, annonçant à la Société de chirurgie que le prochain Congrès pour l'étude de la tuberculose se réunira à Paris le 27 juillet, et demandant à la Société de se faire représenter à ce Congrès par un de ses membres. (La Société désigne comme son représentant M. Nicaise.)

A propos du procès-verbal.

Traitement des tumeurs par la pyoktanine.

M. Quénu. Je désire ajouter quelques faits personnels à la discussion de la dernière séance sur la pyoktanine. J'ai eu recours aux injections interstitielles de violet de méthyle dans deux cas de lésions tuberculeuses : dans le premier, je n'ai rien obtenu; dans le second, il y a eu diminution évidente de la masse ganglionnaire.

Quant aux lésions cancéreuses, je n'ai eu que des résultats négatifs. Chez un malade atteint d'épithélioma du plancher de la bouche, il est survenu un œdème considérable de la face sans atténuation

du mal. Dans un autre cas, j'ai constaté, à l'autopsie d'un malade qui a succombé à un lympho-sarcome de la cuisse, que les injections de pyoktanine, tout en déterminant le ramollissement du tissu, n'avaient jamais dépassé la coque de la tumeur, et je n'ai trouvé aucune trace de la matière colorante dans les vaisseaux lymphatiques du voisinage.

Communication.

Pronostic et traitement des tumeurs malignes intra-oculaires.

Par le Dr Félix Lagrange (de Bordeaux).

Les tumeurs malignes intra-oculaires doivent être divisées en trois groupes principaux : 1° le sarcome mélanique du tractus uvéal (iris, corps ciliaire, choroïde); 2° le sarcome blanc du même tractus; 3° le gliome de la rétine.

Ces trois variétés de tumeurs représentent ce qu'on appelait autrefois, dans une terminologie trop vague, le cancer de l'œil; aujourd'hui l'histoire du cancer de l'œil est étudiée dans des articles distincts; mais la malignité de chacun de ces groupes n'a pas été, à notre avis, suffisamment différenciée, et les règles de l'intervention chirurgicale qui conviennent aux uns et aux autres ne sont pas assez précises.

Le pronostic de ces variétés de cancer oculaire est un peu différent, et leur traitement doit différer dans les mêmes proportions; c'est à légitimer ces deux propositions que sont consacrées les considérations suivantes.

I. — *Sarcome mélanique du tractus uvéal.*

Cette tumeur est la plus maligne des tumeurs intra-oculaires. Sa gravité l'emporte de beaucoup sur celle du gliome rétinien, contrairement à ce que pensent et écrivent un très grand nombre d'auteurs. Cette malignité tient pour une certaine part à la nature du tissu qui sert de substratum à la tumeur, mais surtout à la présence de la mélanose, dont l'action nocive, le caractère infectieux, sont prépondérants.

Fuchs (de Vienne)[1], qui a écrit sur le sarcome du tractus uvéal un mémorable travail, a cité 13 cas de sarcome mélanique dans l'iris, 20 cas dans le corps ciliaire et 195 dans la choroïde. Dans l'iris, 10 cas ont été suivis et 6 d'entre eux opérés avec succès,

[1] Fuchs, *Das Sarcom des uvealtractus,* Wienn, 1882.

1 par l'iridectomie, 5 par l'énucléation. 11 cas de sarcome noir du corps ciliaire ont été traités par l'énucléation, 6 fois seulement avec succès. Les autres faits n'ont pas été suivis ou se sont terminés fatalement.

Nous connaissons le pronostic de 115 faits sur les 195 tumeurs mélaniques de la choroïde. Ces faits sont les plus intéressants par leur nombre et leur gravité; 75 d'entre eux se sont terminés par la mort et 15 guérisons n'ont été suivies que six mois.

Parmi les 75 cas mortels, nous remarquons que 37 fois il y a eu récidive locale dans l'orbite, presque toujours immédiatement ou peu de temps après l'opération. A ces nombreux faits de reproduction sur place du néoplasme, nous pourrions en ajouter d'autres recueillis à la clinique ophthalmologique de la faculté de Bordeaux; mais ces chiffres tirés du travail classique de Fuchs suffisent à montrer l'énorme fréquence des récidives locales après l'intervention chirurgicale pour le sarcome mélanique choroïdien.

Pourquoi cette statistique si sombre, alors que les carcinomes du sein, de la langue même, donnent un plus grand nombre de succès, au moins dans les premiers jours. Le carcinome de la langue est, de l'avis de tous les chirurgiens, celui qui récidive avec le plus de facilité ; cependant les résultats thérapeutiques immédiats sont supérieurs à ceux qu'obtiennent les ophthalmologistes dans le sarcome mélanique de la choroïde. La statistique que Bœckel[1] a présentée en 1888 au Congrès de chirurgie en est une preuve. Sur 10 extirpations de la langue pour cancer, cet auteur signale deux morts immédiates par septicémie, deux récidives au bout de trois et six mois; six malades sont restés guéris deux, trois ans et plus. Le même auteur, sur 27 cas de carcinome du sein, en a constaté 17 sans récidive.

Pourquoi cette différence dans les résultats? Parce que la thérapeutique des tumeurs malignes est, d'une façon générale et dans l'ensemble, plus rationnellement faite par les chirurgiens qui font de la chirurgie générale que par ceux d'entre nous qui s'occupent de la chirurgie spéciale de l'œil.

Comment le sarcome mélanique de la choroïde infecte-t-il l'organisme?

Cette infection a évidemment lieu de deux façons : 1° par la propagation immédiate de proche en proche; 2° par le transport à distance par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques et surtout des vaisseaux sanguins. Avec le premier processus on explique la récidive locale; avec le second, la récidive générale. L'analyse

[1] Jules Bœckel (de Strasbourg), Récidives des néoplasmes opérés (*Congrès français de chir.*, p. 270; 1888).

Paris. — Soc. d'Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 44.6.91. *Le gérant* : G. Masson.

complète de tous les faits publiés par Fuchs et les auteurs plus récents m'a démontré que l'une et l'autre forme de récidive sont également fréquentes.

Nous ne pouvons rien contre l'infection générale, mais nous pouvons beaucoup sur la récidive locale en intervenant plus largement, en dépassant plus complètement les limites du mal.

Les histologistes qui ont étudié les sarcomes de la choroïde savent que, même quand la tumeur est limitée à la coque de l'œil dès la seconde période, elle se propage facilement le long des vaisseaux choroïdiens et traverse avec eux la sclérotique et la capsule de Tenon.

Dans un examen histologique que j'ai fait pour le professeur Badal, j'ai bien constaté cette disposition, signalée d'ailleurs par beaucoup d'auteurs. Les cellules qui émigrent ainsi le long de la gaine des vaisseaux et envahissent de bonne heure l'orbite sont l'origine des récidives locales et en expliquent la fréquence après la simple énucléation du globe. Elles apportent avec elles, dans leur protoplasma, l'élément infectieux, la mélanose puisée dans la choroïde malade.

Ce n'est donc pas par une simple énucléation que le chirurgien doit traiter les sarcomes mélaniques intra-oculaires. Peut-être, lorsque ces néoplasmes en sont à leur première période, ce moyen peut-il suffire, mais il convient de remarquer que bien rarement la tumeur est diagnostiquée tout à fait à son début ; d'habitude les malades se présentent à notre examen avec une tumeur qui a complètement supprimé la vision et remplit la coque oculaire. Encore, à ce moment, il est trop souvent difficile de faire comprendre au patient la gravité du mal et d'en arriver à l'intervention. C'est seulement avec l'apparition des accidents glaucomateux que l'ablation de la tumeur peut être pratiquée.

A cette époque, à la deuxième période, à plus forte raison à la troisième, déjà peut-être à la première, l'infection locale de l'orbite est accomplie, la sclérotique est encore intacte ; mais les cellules morbides ont commencé leur émigration en suivant la gaine des vaisseaux, et pour se mettre à l'abri de la récidive locale, il faut les comprendre le plus largement possible dans l'extirpation et pratiquer l'évidement de l'orbite.

Je comparerai ce sacrifice nécessaire à la pratique du chirurgien qui ne manque pas d'évider le creux de l'aisselle pour les carcinomes du sein, en apparence les plus circonscrits, qui ne craint pas d'extirper le plancher buccal avec ses ganglions dans la thérapeutique du cancer de la langue.

L'évidement de l'orbite est donc beaucoup trop rarement pra-

tiqué. Il devrait être la règle dans les sarcomes mélaniques de l'œil, et l'énucléation simple, l'exception.

Il suffit de parcourir les publications spéciales modernes pour se convaincre que le contraire a lieu. Tout dernièrement même, quelques oculistes n'ont pas craint de proposer l'*ablation partielle* du globe oculaire pour les sarcomes mélaniques, espérant ainsi extirper le mal en conservant au globe de l'œil sa forme et son aspect. Il serait difficile de conseiller une pratique plus contraire aux lois les mieux établies de la pathologie. Les sarcomes mélaniques de la première période seuls, quand on aura la bonne fortune de les reconnaître à cette période, doivent être traités au moins par l'énucléation, tous les autres par le curage complet de la cavité orbitaire.

II. — *Leuco-sarcome de la choroïde.*

Le cancer intra-oculaire se présente une fois sur dix sous la forme de sarcome blanc.

Dans un travail récent destiné aux *Archives d'ophthalmologie*, j'ai recueilli autant qu'il m'a été possible des faits connus (au nombre de 35) et montré que le leuco-sarcome, un peu plus fréquent chez l'adulte que chez l'enfant, présentait tantôt la structure des tumeurs embryonnaires, tantôt celle des tumeurs fusiformes; la première variété, aussi fréquente que la seconde, a été souvent confondue avec le gliome de la rétine.

Le leuco-sarcome de la choroïde présente relativement aux tumeurs mélaniques une assez grande bénignité. C'est l'état anatomique de la tumeur qui indique la gravité de son pronostic. Des recherches que j'ai faites, il résulte que les cas malheureux se rapportent presque tous aux sarcomes embryonnaires et les cas heureux aux sarcomes fusiformes.

Sur 35 observations, dont une personnelle, on constate 12 résultats inconnus, 11 guérisons et 10 morts. Les cas mortels concernaient tous des tumeurs embryonnaires pures, sauf deux faits dans lesquels il y avait un mélange d'éléments embryonnaires et fusiformes. Le cas personnel, décrit *in extenso* dans le mémoire auquel j'ai fait allusion, était un fait typique de sarcome embryonnaire à petites cellules. Le mal s'était primitivement développé dans les couches externes de la choroïde; cette membrane détruite, la rétine envahie et déchirée avait permis la destruction du corps vitré et, par l'espace de Schwalbe, les cellules morbides avaient gagné la gaine vaginale du nerf optique, qui était ainsi entouré d'éléments sarcomateux émanés de la lésion choroïdienne.

C'est par cette gaine vaginale du nerf optique, porte ouverte à tous les agents infectieux, que se propagent les tumeurs embryonnaires de la choroïde, mais c'est aussi par les vaisseaux et la gaine qui les entoure que les mêmes tumeurs envahissent l'orbite.

Fontan (de Toulon)[1] a nettement constaté cette propagation le long des vaisseaux dans une intéressante étude qu'il a faite à propos d'un cas de leuco-sarcome appartenant à Galezowski; j'ai, de de mon côté, observé les mêmes lésions. Il paraît certain que l'orbite est de très bonne heure envahi par les cellules embryonnaires sorties de l'œil à la fois par la gaine des vaisseaux et par la gaine vaginale du nerf optique.

Les sarcomes fusiformes doivent à leur vitalité moindre de rester beaucoup plus longtemps cantonnés dans l'œil.

De ces détails anatomiques sommaires découle bien évidemment cette double conclusion, savoir que les sarcomes blancs fusiformes seront seuls traités avec succès par l'énucléation, tandis que les sarcomes embryonnaires récidiveront localement si l'ablation du globe oculaire n'est pas suivie dc l'évidement de l'orbite; à deux lésions distinctes dans leur marche, il faut donc opposer deux opérations différentes, l'énucléation simple dans un cas, dans l'autre l'extirpation complète de toutes les parties molles voisines du mal.

En raisonnant de la sorte, nous laissons de côté les faits dans lesquels le sarcome, arrivé à la quatrième période, a défoncé la coque oculaire; tous les chirurgiens en pareille circonstance n'hésitent pas à supprimer le contenu orbitaire en entier. C'est sur les cas de tumeur embryonnaire au début, bien circonscrite en apparence dans les limites de la coque oculaire, que j'appelle l'attention. La thérapeutique de cette affection ne sera heureuse que lorsqu'on se décidera de très bonne heure à la suppression totale de la région orbitaire, dont l'infection par les cellules sarcomateuses est extrêmement rapide.

Une objection se pose ici. Comment faire le diagnostic de la structure histologique, alors que celui de l'existence même de la tumeur est souvent difficile. Ce diagnostic pourra toujours avoir lieu si, après l'énucléation du globe oculaire, le chirurgien fait séance tenante ouvrir la pièce anatomique sous ses yeux; la consistance du tissu, les produits obtenus par le raclage lui diront immédiatement à quelle variété il a affaire et s'il faut, oui ou non, compléter l'opération par l'ablation des parties molles qui se trouvent en arrière de la capsule de Tenon.

[1] Fontan (de Toulon), *Recueil d'ophthalmologie*, juillet 1889, p. 388.

III. — *Gliôme de la rétine.*

Le gliôme de la rétine ne mérite pas le pronostic très fâcheux que la grande majorité des auteurs signalent à son sujet.

Sans doute, livrée à elle-même, cette affection entraîne fatalement la perte de l'organe et de la vie; mais la thérapeutique n'est pas aussi impuissante qu'on le croit généralement.

Wecker considère le gliôme comme d'une excessive gravité, Panas en fait le *noli me tangere* de la chirurgie oculaire.

Ces opinions, classiques d'ailleurs, sont exagérées; il est facile de montrer que les cas de guérison définitive ne sont pas rares.

Certains auteurs même, dont l'autorité est incontestable, ont cité des faits dans lesquels l'affection a spontanément rétrocédé. Dans les *Bulletins de la Société ophthalmologique de Londres*, nous trouvons un cas de Brailly dans lequel la tumeur après une marche très lente finit par perforer les enveloppes, fit hernie, subit une transformation régressive et resta stationnaire pendant longtemps.

Certes, c'est là une pure exception, une simple curiosité à laquelle il ne faut pas donner d'importance ; mais si nous parcourons les nombreux documents publiés sur le gliôme, nous y trouvons bon nombre de cas heureux. Fouchard[1], qui a écrit sur ce sujet une excellente thèse, a dépouillé complètement les publications périodiques jusqu'en 1885. Il a cité dix-neuf faits favorables, dont on trouvera dans son travail l'histoire *in extenso* ainsi que l'indication des sources bibliographiques.

A ces faits, rapportés avec tous les détails possibles dans la thèse dont nous parlons, il convient d'en ajouter d'autres également favorables publiés depuis cette époque.

Fuchs, dans le travail déjà cité, étudiant le pronostic comparé des diverses variétés du cancer de l'œil (p. 281, note 2), écrit que le gliôme opéré assez tôt présente un pronostic passable. Il cite deux cas, l'un personnel, l'autre appartenant au professeur Arlt, dans lesquels les malades étaient encore guéris trois ans après l'opération.

Sinclair[2], au congrès de Washington, rapporte l'observation d'un enfant sur lequel il fit une double énucléation.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait de deux gliômes; six ans après, la guérison était parfaite.

Ce fait parut, à la vérité, très surprenant aux membres du congrès, et Keyser déclara qu'il considérait comme impossible qu'on

[1] Fouchard, *Du gliôme de la rétine*. Paris 1885.

[2] Sinclair, Bilateral glioma of the retina, enucleation (*Congrès international de Washington*, p. 756, 759; 1887).

pût si longtemps survivre à un vrai gliôme. Power partagea cette opinion ; mais d'un autre côté Galezowski signala aussi des faits de guérison.

Henri Noyes (de New-York) a communiqué à la Société d'ophthalmologie (26 janvier 1888) le cas d'un gliôme, démontré par le microscope, guéri depuis quatorze ans et demi.

J.-B. Lawford et E.-C. Collins[1] ont récemment publié sur le gliôme de la rétine une étude basée sur soixante cas : cinq tirés de leur pratique privée, les autres provenant du service ophthalmologique de Mardfrield-hospital. Sur ces soixante faits, quarante-deux ont été suivis ; il y en a eu quatorze favorables et 28 malheureux. Parmi les cas heureux, huit ont été observés plus de trois années, les autres un peu moins de trois ans. L'intervention chirurgicale a donc été très favorable une fois sur trois, chiffre qui est certainement de nature à encourager les efforts des chirurgiens.

A tous ces faits heureux je puis ajouter un cas personnel. J'ai enlevé le 2 novembre 1888 un gliôme dont j'ai publié l'histoire détaillée dans les *Archives d'ophthalmologie*, 1890. Actuellement, 30 mois après l'opération, la guérison est encore parfaite.

A l'occasion de cette observation, j'ai fait dans la littérature contemporaine des recherches aussi complètes que possible, et j'ai pu réunir 97 faits de gliômes rétiniens authentiques avec examen histologique.

Sur ces 97 faits, il y a 25 cas de guérison définitive, tout au moins de très longue survie. La statistique du gliôme de la rétine est par conséquent aussi bonne, meilleure même que celle d'un grand nombre d'autres cancers.

Mais il est évident que le gliôme n'est curable que dans la période de début, alors qu'il est encore cantonné dans la rétine.

La variété endophyte décrite par Hirschberg et niée à tort par quelques anatomo-pathologistes présente des chances de curabilité toutes particulières. Dans cette forme, il est possible de constater l'exacte limitation du gliôme par la lame vitreuse de la choroïde, qui oppose une sorte de barrière à l'envahissement de l'organisme. Cette disposition était évidente dans le cas personnel auquel j'ai fait allusion plus haut.

Au lieu donc d'une tumeur extrêmement maligne, au-dessus des ressources de la chirurgie, le gliôme rétinien est au contraire souvent curable lorsqu'on intervient de très bonne heure.

Tel est à mon avis son pronostic actuel.

[1] LAWFORD et COLLINS, *Royal London ophtalmic hospital Reports*, décembre 1890.

J'ajoute que ce pronostic serait encore amélioré si le traitement habituellement adressé à cette affection était plus large, plus chirurgical.

Comme le sarcome mélanique et le leuco-sarcome embryonnaire, le gliôme rétinien infecte très souvent l'orbite de bonne heure. L'énucléation doit être réservée aux gliômes endophytes.

Au début, l'évidement de l'orbite est nécessaire dans tous les cas où la coque oculaire est remplie par le néoplasme et lorsqu'on ne sera pas sûr de la limitation du mal à la seule rétine. Cette dernière disposition étant à coup sûr l'exception, c'est l'évidement de l'orbite qui doit être la règle dans la thérapeutique du gliôme rétinien.

Il n'est pas inutile d'insister sur cette nécessité, car l'immense majorité des gliômes sont encore aujourd'hui traités par l'énucléation simple, et la récidive immédiate ou prochaine est très souvent le résultat de cette parcimonie opératoire.

La statistique des faits connus, notamment, pour prendre un exemple, celle que rapporte Fouchard, montre mieux que tous les raisonnements combien la thérapeutique en usage est insuffisante. Sur 76 faits rapportés par cet auteur, dans un seul cas, appartenant à Panas, l'évidement complet de l'orbite a été pratiqué d'emblée ; tous les autres faits objets d'une intervention furent d'abord traités par la seule ablation du globe oculaire. Il en est résulté un très grand nombre de récidives locales.

Que dirait-on d'un chirurgien qui, sur 76 carcinomes du sein, viderait une fois seulement le creux de l'aisselle ? On penserait à bon droit qu'il court au-devant des récidives. *L'évidement de l'orbite est aux cancers intra-oculaires ce que le curage de l'aisselle est aux carcinomes du sein.*

Les conclusions suivantes résument fidèlement le contenu des recherches succinctement exposées dans ce travail :

1° Les tumeurs malignes intra-oculaires se propagent de bonne heure dans l'orbite, et l'énucléation du globe de l'œil suffit rarement à enlever tout le mal.

2° Dans la thérapeutique de ces tumeurs l'évidement de l'orbite doit être la règle, l'énucléation l'exception.

3° L'énucléation convient seulement aux leuco-sarcomes fusiformes du tractus uvéal et aux cas rares de gliômes endophytes, au début.

4° L'évidement complet de la cavité orbitaire doit toujours être pratiqué dans le sarcome mélanique du tractus uvéal, dans le sarcome blanc embryonnaire et dans la grande majorité des gliômes rétiniens.

Discussion.

M. Championnière. Je suis frappé de l'importance qu'attache M. Lagrange à l'ablation totale des parties molles intra-orbitaires. La récidive et la généralisation rapide tiennent, nous dit-il, à ce qu'on opère trop tard ou pas assez largement. A mon avis, il faut se demander si les accidents ultérieurs ne tiennent pas simplement à la nature du mal, et si, même en suivant à la lettre ses conclusions toutes théoriques, on n'aura pas toujours les mêmes résultats. Le sarcome mélanique est le plus mauvais de tous les cancers ; opérez aussitôt que vous voudrez, l'issue sera toujours fatale. Pour moi, j'en suis à dire, comme autrefois, qu'il s'agit là d'un *noli me tangere ;* j'ai toujours vu l'opération donner un coup de fouet à la maladie et provoquer une récidive suraiguë. J'ai des faits de petites tumeurs mélaniques récentes ayant pour siège la main, la vulve, la face, la paroi abdominale. Elles semblaient évoluer lentement avant mon intervention ; après, la récidive s'est faite avec une violence inouïe, foudroyante. Je ne suis pas étonné que dans l'œil, où le cancer mélanique est le plus ordinaire, on ait généralement des insuccès déplorables. Vous donnez vous-même une preuve de ce que j'avance en montrant le pronostic moins fatal des leuco-sarcomes et des gliômes ; comme ces tumeurs-là sont un peu moins malignes, vous rentrez, en les opérant, dans les conditions habituelles des cancers de diverses régions, et, même avec une intervention un peu tardive, vous obtenez de moins mauvais résultats. Pour ma part, je suis porté à reculer le plus possible une intervention radicale dans les cas de mélano-sarcomes.

M. Berger. Je ne voudrais pas trop m'aventurer hors de la région dont nous a parlé M. Lagrange. Cependant, puisque la question de la récidive des cancers mélaniques est soulevée, je dirai que j'ai un certain nombre d'opérés chez lesquels cette récidive ne s'est pas faite avant longtemps. En 1883, tandis que je remplaçais le professeur Gosselin, j'ai eu dans mon service un homme à qui on avait amputé le pouce pour un cancer mélanique ; je lui ai amputé l'avant-bras pour une première récidive, puis désarticulé l'épaule pour une tumeur de la cicatrice. Un an et demi plus tard, la guérison persistait. Il ne faut donc pas trop exagérer la malignité de ces tumeurs.

M. Delens. Je ne crois pas non plus qu'il faille, en ce qui concerne l'œil, s'appuyer exclusivement sur la nature de la tumeur pour juger du pronostic. J'ai pu vérifier l'exactitude des conclusions de M. Lagrange sur un jeune homme à qui j'ai enlevé un

mélano-sarcome de la conjonctive. Depuis un an ou quinze mois, je ne l'ai pas vu revenir avec une récidive, et j'ai de bonnes raisons pour être sûr qu'il serait revenu si le mal avait reparu. Il y a donc des cas où la récidive ne se fait pas très rapidement.

M. Lagrange. Je remercie M. Championnière de l'intérêt qu'il accorde à ma communication; mais je ne puis, je l'avoue, partager sa manière de voir. Comme M. Delens, je pense qu'il ne faut pas considérer en bloc le pronostic des tumeurs malignes intra-oculaires comme absolument fatal. J'ai des malades qui restent guéris après l'ablation de tumeurs mélaniques de la conjonctive ou du globe de l'œil. Dans le mémoire de Fuchs, il y a 15 cas de guérisons définitives. Il y a donc de la ressource avec ces tumeurs, et il ne faut pas dire d'une façon générale que l'intervention précipite le dénouement.

M. Championnière reproche à mes conclusions d'être « théoriques ». Elles sont cependant en rapport avec ce que j'ai observé. J'ai vu des cellules malades qui avaient cheminé dans les vaisseaux lymphatiques de l'orbite; si on avait, dans ces cas-là, enlevé toutes les parties intra-orbitaires, on aurait pu éviter la récidive locale, ou plutôt la continuation sur place de l'évolution cancéreuse. Sans doute la généralisation nous échappe; mais ce n'est pas contre elle que nous luttons, c'est contre la récidive locale. Or, c'est elle qui se produit dans la moitié des cas.

M. Championnière. Le fait cité par M. Berger me paraît venir à l'appui de mon opinion. C'est un exemple de récidives multiples, se succédant rapidement; puis est venu un temps d'arrêt, mais le terme fatal n'en est pas moins connu d'avance.

Je répondrai à M. Lagrange: Vous êtes bien heureux d'avoir pu noter 15 cas sans récidive. Je ne connais pas de cancers aussi bénins. Ou je me trompe fort, et vous allez me dire que les cancers de l'œil sont moins malins que les autres; ou la malignité est ici la même qu'ailleurs, et alors, en dépit de vos interventions précoces, vous ne pouvez pas compter sur le succès. On a tout essayé contre le cancer, la pyoktanine après bien d'autres choses, et le problème est toujours loin d'être résolu.

M. Tillaux. Sans doute le cancer mélanique est fort grave; mais je pense, moi aussi, que M. Championnière a un peu trop généralisé. J'ai opéré, il y a vingt ans, un monsieur de Nevers qui me demandait de prolonger sa vie de quelques années dans l'intérêt de ses enfants; je lui ai curé l'orbite, et la récidive n'est venue que plus d'un an après; je l'ai opéré une seconde, puis une troisième fois, et finalement il a vécu trois ans.

Nous observons de temps en temps ces cas relativement heureux. J'ai opéré l'année dernière le père d'un médecin, après avoir hésité pendant un an. C'était un cancer diffus de la conjonctive et des paupières. La tumeur ayant gagné l'orbite, il y eut d'affreuses douleurs et on me supplia d'intervenir ; je finis par enlever les tissus morbides et par faire une large autoplastie. Le malade, qui a 60 ans, fut admirablement soulagé, et il vit encore ; il aura fatalement une récidive, mais je lui aurai rendu un grand service.

Après l'ablation des cancers mélaniques, j'ai observé surtout des tumeurs ganglionnaires plutôt que des récidives locales. J'en ai vu un bon nombre qui ont évolué en plusieurs années et qui ont marché comme d'autres cancers. D'après ma pratique, je dirais volontiers que les mélano-sarcomes ne marchent pas plus vite que le cancer du testicule, par exemple. Je suis donc moins pessimiste que M. Championnière.

M. Kirmisson. Je rappellerai un fait qui plaide en faveur de l'intervention, même dans ces cas graves. Il y a deux ans, j'ai opéré à l'Hôtel-Dieu une jeune femme qui portait un cancer mélanique des ganglions inguinaux, et je n'ai pas été peu surpris de la revoir il y a quelques jours avec une toute petite récidive très opérable, siégeant à la partie inférieure de sa cicatrice. Je me joins à ceux qui défendent l'opération et pensent qu'on ne fait pas, avec certaines tumeurs mélaniques, une plus mauvaise besogne qu'avec les autres cancers.

M. Championnière. Je ne voudrais pas qu'on exagérât ma pensée. Je n'ai pas dit que je n'opérerais jamais un cancer mélanique. En présence d'une mauvaise tumeur, on peut être mis en demeure d'intervenir. Mais, en somme, M. Tillaux n'a-t-il pas hésité pendant un an ? Je dis qu'en thèse générale je ne veux pas toucher à un cancer mélanique de petit volume ; s'il évolue, s'il y a des douleurs, c'est une autre affaire, et je pourrai me décider à intervenir ; mais je ne le ferai pas sans être fort préoccupé de l'allure très redoutable que prennent la plupart des cas de ce genre.

M. Lagrange. Je vois qu'en résumé nous sommes à peu près d'accord : il faut opérer les tumeurs mélaniques. Eh bien ! puisqu'il faut les opérer, il y a avantage à le faire aussi largement que possible, et non avec parcimonie, comme le font certains oculistes. On pourra ainsi éviter ou retarder quelques récidives.

Communication.

Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat pendant l'année 1890.

Par M. F. Terrier.

Messieurs, suivant mon habitude, j'ai l'honneur de vous soumettre la statistique des opérations qui ont été faites dans mon service de chirurgie, à l'hôpital Bichat, pendant l'année 1890, par mes amis et collègues MM. les docteurs Quénu et A. Broca, par moi-même, par mon assistant, M. le docteur Hartmann, et par mes internes, MM. Calot et Louis.

Je n'insiste pas sur les améliorations réalisées cette année, en ce qui concerne la stérilisation du matériel opératoire (compresses, fils à ligatures, etc.), ni sur la construction d'un pavillon spécial, à l'hôpital Bichat, pour les grandes opérées, car j'ai eu l'occasion de signaler ailleurs les modifications que je viens de citer [1].

1° *Opérations sur les yeux et les paupières* (16 opérations).

2 cataractes; 2 guérisons opératoires, mais 1 insuccès thérapeutique (kératite suppurée au quinzième jour, par infection accidentelle).

2 énucléations du globe oculaire (1 cancer de l'œil, 1 ophthalmie sympathique); 2 guérisons opératoires; 1 amélioration (cancer).

1 ectropion. Cautérisation au thermocautère; 1 guérison.

1 entropion. Thermocautérisation; 1 guérison.

3 iridectomies (2 glaucomes chroniques, 1 iritis syphilitique avec synéchies postérieures); 3 guérisons.

1 opération de Sœmisch (kératite ulcéreuse suppurée et hypopion); 1 guérison.

1 strabotomie (strabisme); 1 guérison.

1 suture des paupières (ulcère de la cornée, etc.); 1 amélioration.

1 excision du nerf optique (cicatrice vicieuse); 1 guérison.

2 kystes dermoïdes de la queue du sourcil. Extirpation; 2 guérisons.

1 mélanome conjonctival. Excision; 1 guérison.

2° *Opérations sur le crâne et la face* (55 opérations).

8 plaies de têtes. Sutures; 7 guérisons; 1 mort par congestion pulmonaire (vieillard de 80 ans).

[1] *Revue de chir.*, octobre 1890.

10 kystes sébacés du cuir chevelu; 10 guérisons.
1 grattage du frontal (nécrose); 1 guérison.
1 fracture du crâne. Ablation des esquilles; 1 mort le lendemain de l'opération.
1 trépanation pour épilepsie jacksonnienne; 1 guérison.
1 trépanation pour hémiplégie brachiale gauche infantile; 1 amélioration.
1 fracture des os de la face. Ablation des esquilles; 1 guérison.
1 anthrax de la lèvre supérieure. Thermocautérisation; 1 guérison.
3 épithéliomas de la lèvre inférieure. Extirpation; 3 guérisons opératoires; 1 récidive trois mois après l'opération chez un des opérés.
1 kyste salivaire de la lèvre inférieure. Extirpation; 1 guérison.
8 amygdalotomies (hypertrophie des amygdales); 8 guérisons.
1 épithélioma du voile du palais et de l'amygdale. Extirpation; 1 guérison opératoire (récidive deux mois après).
1 palatorrhaphie (division congénitale du voile du palais); 1 guérison.
1 épithélioma du plancher buccal propagé aux ganglions. Ablation avec résection partielle du maxillaire inférieur et amputation partielle de la langue; 1 mort de congestion pulmonaire et par alimentation insuffisante (Quénu).
1 épithélioma de la langue. Amputation; 1 mort par accidents pulmonaires.
3 ostéopériostites du maxillaire inférieur. Grattage; 3 guérisons.
1 épithélioma du maxillaire supérieur, de l'os malaire et de la voûte palatine. Ablation; 1 amélioration (il persiste un kyste salivaire parotidien, des ulcérations trophiques) (Quénu); Mort deux mois plus tard.
2 tumeurs de la face interne du maxillaire. Grattage; 1 mort et 1 amélioration (décès plus tard, lors d'une seconde intervention, pendant l'anesthésie).
1 nécrose du maxillaire inférieur, suite de fracture. Incision et drainage par la voie sus-hyoïdienne; 1 état stationnaire.
2 gronouillettes sublinguales. Extirpation; 2 guérisons.
1 calcul du canal de Warthon. Ablation; 1 guérison.
1 sclérose de la glande sous-maxillaire. Extirpation; 1 guérison.
1 calcul de la parotide et fistules. Ablation d'une portion de la glande; 1 guérison.
1 kyste dermoïde de la région parotidienne. Extirpation; 1 guérison.
1 épithélioma de la parotide (récidive). Extirpation partielle; 1 amélioration.

1 néoplasme de la région parotidienne et sous-maxillaire. Incision exploratrice ; 1 état stationnaire.

3° *Opérations sur le cou* (27 opérations).

1 plaie de la région sous-maxillaire. Suture ; 1 guérison.
1 abcès du cou. Incision ; 1 guérison.
1 chéloïde strumeuse de la région sous-maxillaire. Ablation ; 1 guérison opératoire, mais récidive ultérieure.
1 fibrome de la nuque (bord antérieur du trapèze). Extirpation ; 1 guérison.
1 sarcome du cou. Extirpation ; 1 guérison.
1 lymphangiome sus-claviculaire ; 1 guérison.
7 ganglions tuberculeux suppurés du cou. Incision et grattage ; 1 guérison, 6 améliorations.
9 tuberculoses des ganglions du cou. Extirpation ; 7 guérisons ; 2 améliorations.
1 thyroïdite suppurée. Incision ; 1 guérison.
2 goitres. Extirpation partielle ; 1 guérison ; 1 mort tardive d'accidents pulmonaires.
1 œdème aigu du larynx et du pharynx. Trachéotomie ; 1 guérison.
1 épithélioma du corps thyroïde. Trachéotomie ; 1 mort de broncho-pneumonie.

4° *Opération sur la colonne vertébrale* (1 opération).

2 fractures de la colonne vertébrale. Trépanation du rachis ; 1 amélioration, mais persistance de la paraplégie.

5° *Opérations sur le thorax et les seins* (30 opérations).

1 plaie de poitrine par arme à feu. Extraction du projectile ; 1 guérison.
1 plaie de poitrine par instrument tranchant. Suture ; 1 guérison.
1 abcès froid de la région moyenne du dos. Grattage ; 1 guérison.
1 phlegmon de la paroi thoracique. Incision ; 1 mort de pleuro-pneumonie à streptocoques très virulents.
1 kyste hydatique de la région thoracique droite. Injection de sublimé ; 1 amélioration.
1 kyste sébacé infecté de la région intermammaire. Extirpation 1 guérison.
1 sarcome de la région présternale. Extirpation ; 1 guérison.
2 tuberculoses costales. Grattage ; 2 améliorations (fistules persistantes).

1 tuberculose sternale. Grattage ; 1 amélioration, persistance d'une fistule.

1 ostéomyélite costale. Résection costale; 1 amélioration.

2 pleurésies purulentes avec fistules. Opérations d'Estlander ; 1 guérison, 1 amélioration ; ce dernier malade a subi plusieurs opérations successives, et est encore dans le service, en voie de guérison.

3 lipomes de la paroi. Extirpation ; 3 guérisons.

1 sarcome du sein et du grand pectoral. Amputation du sein; ablation du grand pectoral ; 1 mort par généralisation sarcomateuse.

1 adénome du sein. Extirpation ; 1 guérison.

1 mammite droite. Amputation du sein [1] ; 1 guérison.

11 épithéliomas du sein. Amputation; 10 guérisons, 1 mort au sixième jour sans accidents du côté de la plaie (pneumonie).

6° *Opérations sur l'abdomen et l'intestin* (86 opérations).

25 hernies inguinales non étranglées. Cure radicale; 25 guérisons.

4 hernies inguinales et varicocèles. Cure radicale de la hernie et du varicocèle; 4 guérisons.

2 hernies inguinales et hydrocèles. Cures radicales ; 2 guérisons.

4 hernies crurales non étranglées. Cure radicale; 4 guérisons.

2 hernies ombilicales non étranglées. Cure radicale ; 2 guérisons.

2 hernies épigastriques. Cure radicale ; 2 guérisons.

7 hernies inguinales étranglées. Kélotomie et cure radicale; 5 guérisons, 2 morts : l'une chez un alcoolique, le dixième jour, d'accidents pulmonaires; l'autre, le deuxième jour, de péritonite septique.

1 hernie crurale étranglée. Kélotomie et cure radicale; 1 guérison.

1 phlegmon épiploïque de la région inguinale. Incision et résection de l'épiploon hernié; 1 guérison.

1 phlegmon épiploïque gazeux inguinal, avec hydrocèle. Incision, résection épiploïque, cure radicale de l'hydrocèle; 1 guérison.

3 rétrécissements cancéreux de l'œsophage. Gastrostomie ; 3 guérisons opératoires, mais 3 morts de tuberculose pulmonaire, de cachexie cancéreuse ou de complications respiratoires par propagation du cancer à la trachée, de deux à quatre semaines après l'opération.

4 laparotomies exploratrices (néoplasme du péritoine ; tumeur du foie; tumeur abdomino-pelvienne; sarcome ossifiant du péritoine); 4 guérisons opératoires.

[1] BROCA *Soc. anat.*, 1891, p. 5 (examen histologique de M. Toupet).

1 laparotomie pour étranglement interne. Entérectomie et entérorrhaphie pour gangrène de l'intestin; hernie interne[1]; 1 mort par choc, sans péritonite appréciable.

1 myxosarcome du mésentère. Extirpation avec résection de 1m,30 d'intestin grêle; 1 mort de péritonite probablement.

1 tumeur kystique pédiculée, appendue à l'intestin. Ablation par la laparotomie; 1 guérison.

1 kyste hydatique du grand épiploon. Extirpation du kyste; 1 guérison.

1 néoplasme de l'angle des côlons ascendant et transverse avec obstruction intestinale. Laparotomie exploratrice et anus iliaque droit en deux temps; 1 mort par pneumonie, sans péritonite appréciable.

1 épithélioma du côlon transverse. Résection avec entérorrhaphie circulaire; 1 mort de péritonite. Albuminurie.

1 tumeur kystique du pancréas. Incision et fixation à la paroi[2]; 1 mort de cachexie cancéreuse trois semaines après.

1 laparotomie pour plaie par arme à feu de l'abdomen; 1 mort par péritonite. Plaie de l'intestin restée inaperçue.

2 laparotomies pour coups de couteau dans l'abdomen. 1 guérison[3]; 1 mort par péritonite suraiguë trente-cinq heures après. Plaie de l'intestin passée inaperçue.

1 péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Laparotomie et drainage; 1 guérison se maintenant depuis sept mois; 1 fistulette.

1 hernie inguinale étranglée et perforation de l'appendice iléocæcal. Laparotomie iliaque et cure radicale de la hernie; 1 guérison.

1 angiocholite. Laparotomie exploratrice, cholécystotomie et fistule biliaire; 1 guérison[4].

4 lithiases biliaires et cholécystites. Cholécystectomies; 3 guérisons[5]; 1 en voie de guérison[6].

1 distention énorme de la vésicule biliaire. Cholécystectomie partielle; 1 guérison[7].

[1] Observation publiée in *Bull. Soc. anat.*, 23 janvier 1891, p. 45, par M. A. Broca.

[2] Communication au *Congrès de chir.*, mars-avril 1891, par M. Hartmann.

[3] Malade présenté à la *Soc. de chir.* par M. A. Broca, le 19 novembre 1890. — Rapport de M. Terrier à la *Soc. de chir.* le 29 avril 1891.

[4] Observation communiquée à l'*Acad. de méd.* le 4 novembre 1890.

[5] *Acad. de méd.*, 30 septembre 1890. — Voir thèse de doctorat du Dr Calot, 1891 : *De la cholécystectomie.* Voir aussi *Soc. de biol.* (Gillet et Girode).

[6] Sera publiée.

[7] Observation communiquée à l'*Acad. de méd.* le 28 décembre 1890.

2 kystes hydatiques du foie. Résection partielle et suture à la paroi; 1 mort par péritonite (péritonite antérieure); 1 en voie de guérison.

1 fibrosarcome de la paroi abdominale. Extirpation ; 1 guérison.

1 lipome de la région épigastrique. Extirpation ; 1 guérison.

2 tuberculoses de l'os coxal. Grattage; 1 guérison; 1 état stationnaire.

1 tuberculose de l'articulation sacro-iliaque. Grattage; 1 guérison.

1 abcès ossifluent de la fesse, de la fosse iliaque et de la cuisse. Ponction et injection iodoformée; 1 état stationnaire.

2 abcès de la fosse iliaque. Incision ; 2 guérisons.

2 abcès de la paroi abdominale. Incision; 1 amélioration; 1 guérison.

1 abcès de la région sacrée ; 1 guérison.

7° *Opérations sur le rectum et la région ano-coccygienne* (31 opérations).

1 kyste dermoïde de la région coccygienne. Extirpation; 1 guérison.

1 abcès ischio-rectal. Incision ; 1 guérison.

7 hémorrhoïdes. Ligatures multiples et excision; 7 guérisons.

10 fistules anales. Incision, excision, cautérisation; 10 guérisons.

2 fistules anales. Incision et réunion immédiate; 2 guérisons.

1 tuberculose anale avec fistule. Grattage ; 1 amélioration.

1 fistule anale et phimosis. Grattage, réunion immédiate, et opération du phimosis ; 1 guérison.

3 abcès de la marge de l'anus. Incision et suture ; 1 guérison et 2 améliorations.

2 fissures anales. Dilatation ; 2 guérisons.

1 ulcération ano-rectale syphilitique. Grattage et dilatation ; 1 état stationnaire.

2 épithéliomas du rectum. 1 extirpation par la voie anale ; 1 par la méthode de Kraske; 1 mort (voie anale) par accidents cardio-pulmonaires ; 1 guérison (voie sacrée).

8° *Opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme* (180 opérations).

14 kystes ovariques. Ovariotomie ; 14 guérisons.

2 tumeurs végétantes des ovaires. Ablation; 1 guérison; 1 mort de choc.

1 tumeur solide des deux ovaires. Ablation; 1 guérison.

1 kyste de l'ovaire et fibrome utérin. Ablation du kyste à gauche ot de l'ovaire à droite ; 1 guérison.

5 kystes parovariens ou du ligament large. Ablation ; 4 guérisons ; 1 mort par péritonite (Quénu).
1 tumeur fibro-kystique de l'utérus incluse dans le ligament large. Ablation et ligature de l'iliaque interne ; 1 mort.
3 fibromes utérins. Opération de Hégar ; 1 mort d'hémorrhagie interne ; 2 guérisons.
6 pyosalpingites. Ablation ; 1 mort de péritonite suppurée et 1 en voie de guérison (fistule stercorale) ; 4 guérisons.
3 hématosalpinx. Ablation ; 3 guérisons.
1 salpingite tuberculeuse double. Ablation et anus artificiel ; 1 mort trois mois après de péritonite tuberculeuse, avec anus contre nature conservé.
1 abcès de l'ovaire. Ablation (Quénu) ; 1 mort par péritonite.
15 ovaro-salpingites. Ablation ; 2 morts par péritonite ; 13 guérisons.
1 fibrome utérin, hématosalpinx, kyste de l'ovaire. Ovariotomie double et laparo-myomotomie à pédicule perdu ; 1 guérison.
1 tumeur fibro-kystique de l'utérus. Énucléation abdominale ; 1 guérison.
6 hystérectomies abdominales types pour fibromes utérins : 4 pédicules extra-péritonéaux ; 2 guérisons ; 2 morts par urémie. — 1 pédicule inclus dans la paroi ; 1 guérison. — 1 pédicule intra-péritonéal. Ligature élastique [1] ; 1 guérison.
1 fibrome de l'utérus gravide. Ablation du fibrome à pédicule perdu ; 1 guérison.
2 hystéropexies types pour prolapsus utérin ; 2 guérisons.
1 chute de l'utérus et kyste dermoïde de l'ovaire. Ablation du kyste et hystéropexie ; 1 guérison.
1 salpingite suppurée et chute de l'utérus. Ablation et hystéropexie ; 1 mort d'urémie (néphrite ancienne).
2 salpingites et chute de l'utérus. Ablation et hystéropexie ; 2 guérisons.
4 salpingites et rétrodéviations utérines. Ablation et hystéropexie ; 1 mort de péritonite purulente et 3 guérisons.
24 épithéliomas de l'utérus : 5 hystérectomies vaginales totales. Méthode ordinaire ; 3 guérisons ; 2 morts (l'une par péritonite, l'autre par pincement de l'uretère). — 1 hystérectomie vaginale totale sous-péritonéale. Énucléation vaginale de l'utérus ; 1 guérison. — 1 hystérectomie totale par la voie sacrée ; 1 guérison. — 2 amputations du col utérin ; 1 guérison ; 1 amélioration. — 15 curettages et évidement du col ; 14 améliorations et 1 mort.

[1] *Bul. Soc. de chir.*, 1890.

2 fibromes intra-utérins. Ablation par la voie vaginale ; 2 guérisons.
2 polypes muqueux du col utérin. Ablation ; 2 guérisons.
54 curettages pour métrites; 54 guérisons opératoires.
10 amputations du col et curettage pour métrites ; 10 guérisons.
1 hypertrophie du col de l'utérus. Amputation du col ; 1 guérison.
1 métrorrhagie incoercible due à une grossesse de trois mois. Avortement provoqué ; 1 guérison.
1 fistule recto-vulvaire. Périnéorrhaphie ; 1 guérison.
2 métrites et prolapsus vaginaux. Grattage utérin et périnéorrhaphie ; 2 guérisons.
1 déchirure du périnée et cystocèle. Périnéorrhaphie et colporrhaphie ; 1 guérison.
2 colporrhaphies antérieures (cystocèle). 2 guérisons.
2 bartholinites. Incision ; 2 guérisons.
3 bartholinites. Extirpation de la glande ; 3 guérisons.
3 végétations vulvo-anales. Excision ; 3 guérisons.
1 tumeur de la grande lèvre. Extirpation ; 1 guérison.
1 kyste de la paroi postérieure du vagin. Excision partielle ; 1 guérison.

9° *Opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme* (30 opérations).

7 phimosis ; 7 guérisons.
3 hypospadias. Autoplastie ; 1 guérison ; 1 échec thérapeutique.
2 hydrocèles congénitales. Réfection d'une vaginale ; 2 guérisons.
4 hydrocèles. Résection partielle de la vaginale ; 4 guérisons.
5 hydrocèles. Ablation totale de la vaginale ; 5 guérisons.
2 hétamocèles. Résection des parois : une totale, une partielle ; 2 guérisons.
2 tumeurs malignes du testicule. Castration ; 2 guérisons.
4 tuberculoses testiculaires. Castration ; 4 guérisons.
2 tuberculoses du testicule et de l'épididyme. Grattage et cautérisation ; 2 améliorations.

10° *Opérations sur les voies urinaires* (14 opérations).

1 kyste hydatique du rein. Laparotomie et suture à la paroi ; 1 mort.
1 pyonéphrose. Néphrectomie ; 1 guérison.
2 reins flottants. Néphropexie ; 2 guérisons.
1 fistule vésico-intestinale consécutive à une salpingite. Laparotomie ; 1 guérison.

1 tumeur de la vessie. Cystotomie sus-pubienne ; 1 guérison.
5 rétrécissements de l'urèthre. Uréthrotomie interne ; 4 guérisons; 1 mort par infection urineuse.
1 uréthrotomie externe. 1 guérison.
1 fistule uréthrale. Incision et grattage ; 1 échec.
1 abcès périnéal. Incision ; 1 guérison.

11° *Opérations sur le membre supérieur* (39 opérations).

1 lipome de la région scapulaire. Extirpation ; 1 guérison.
2 tuberculoses de l'articulation de l'épaule. Grattage ; 1 amélioration ; 1 guérison.
1 abcès froid de l'épaule. Incision ; 1 amélioration.
1 abcès de la fosse sus-épineuse (tube de caoutchouc inclus depuis quatre ans). Grattage; 1 guérison.
2 adénites axillaires. Incision et grattage ; 2 guérisons.
4 phlegmons du bras. Incisions multiples ; 3 guérisons; 1 mort subite par embolie pulmonaire (infection intense).
1 tuberculose de l'humérus. Grattage; 1 état stationnaire.
1 fracture compliquée de l'humérus. Résection des fragments ; 1 pseudarthrose.
1 fracture ancienne de l'extrémité inférieure de l'humérus. Esquilles saillantes réséquées ; 1 guérison.
2 tuberculoses de l'articulation du coude. Résection ; 1 guérison ; 1 amélioration.
1 ostéomyélite de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. Résection du poignet ; 1 guérison.
1 phlegmon chronique de l'avant-bras. Amputation du bras ; 1 guérison.
1 plaie de l'avant-bras. Suture ; 1 guérison.
2 tuberculoses des os du carpe. Grattage ; 1 amélioration ; 1 mort de tuberculose pulmonaire, le poignet étant guéri.
1 tuberculose du poignet. Résection du poignet ; 1 amélioration.
1 synovite tuberculeuse de la gaine des fléchisseurs et des extenseurs des doigts. Grattage ; 1 guérison.
1 section traumatique des tendons extenseurs. Suture tendineuse ; 1 guérison.
2 écrasements de la main. Régularisation, etc. ; 2 guérisons.
1 section traumatique ancienne des tendons des deux fléchisseurs du médius. Désarticulation métacarpo-phalangienne ; 1 guérison.
1 phlegmon de la main. Incision; 1 guérison.
4 kystes synoviaux du poignet. Extirpation; 4 guérisons.

1 luxation complexe du pouce en arrière. Arthrotomie ; 1 guérison.
6 amputations des doigts. 6 guérisons.

12° *Opérations sur le membre inférieur* (55 opérations).

3 adénites inguinales suppurées. Incision et drainage ; 3 guérisons.
5 tuberculoses des ganglions inguinaux. Extirpation ; 5 guérisons.
1 contusion de la cuisse. Ponction aspiratrice ; 1 guérison.
1 plaie par coup de sabre de la cuisse. Sutures ; 1 guérison.
1 fracture compliquée de cuisse. Ablation des esquilles après incision du foyer ; 1 guérison.
1 fracture compliquée de cuisse avec plaie de la fémorale. Amputation au tiers supérieur ; 1 mort.
1 fracture de cuisse simple mal consolidée. Incision et remise en place des fragments ; 1 guérison.
1 fongus (épithélioma hématode de la face interne de la cuisse). Extirpation ; 1 mort d'embolie pulmonaire.
1 ostéomyélite du fémur. Grattage et ablation d'un séquestre ; 1 guérison.
1 ostéite d'un moignon de la cuisse et névrome du sciatique. Extirpation du névrome ; 1 guérison.
1 tuberculose du fémur. Amputation ; 1 guérison.
1 phlegmon de la cuisse. Incisions multiples ; 1 guérison.
1 plaie simple du genou. Suture ; 1 guérison.
1 plaie pénétrante du genou. Arthrotomie ; 1 guérison.
1 fracture transversale de la rotule. Suture osseuse ; 1 guérison opératoire (mort de syncope quinze jours après : symphyse cardiaque).
1 synovite de la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie. Incision ; 1 amélioration.
2 hygromas prérotuliens. Incision et drainage ; 2 guérisons.
1 hygroma prérotulien. Extirpation ; 1 guérison.
1 hydarthrose. Ponction ; 1 état stationnaire.
1 tuberculose de l'articulation du genou. Arthrotomie et grattage ; 1 état stationnaire.
1 tuberculose de l'articulation du genou. Résection ; 1 état stationnaire (ulcération tuberculeuse de la cicatrice).
1 plaie de jambe suppurée. Greffe de Thiersch ; 1 guérison.
1 plaie de jambe. Sutures ; 1 guérison.
3 fractures compliquées de jambe. Résection du tibia et du péroné ; 1 guérison ; 2 morts : l'une de choc, l'autre de delirium tremens.

1 fracture compliquée de jambe avec gangrène gazeuse de la jambe. Amputation de cuisse; 1 mort (pendant l'opération).
1 phlegmon de la jambe. Incision; 1 guérison.
1 tuberculose du tibia. Grattage; 1 état stationnaire.
1 ulcère variqueux. Greffage de Reverdin; 1 guérison.
1 écrasement du pied. Amputation de jambe au lieu d'élection; 1 guérison.
1 tuberculose du pied. Grattage; 1 état stationnaire.
1 tuberculose du 1er métatarsien. Désarticulation du 1er métatarsien; 1 guérison.
1 mal perforant. Amputation du gros orteil; 1 guérison opératoire (récidive ultérieure).
1 gangrène du gros orteil, suite de traumatisme. Amputation de l'orteil; 1 guérison.
2 exostoses sous-unguéales du gros orteil. Extirpation; 2 guérisons.
3 orteils en marteau. Résection; 3 guérisons.
1 durillon plantaire. Extirpation; 1 guérison.
1 abcès plantaire. Incision; 1 guérison.
7 ongles incarnés. Extirpation de l'ongle; 7 guérisons.
1 onyxis scrofuleux. Extirpation de l'ongle et grattage; 1 guérison.

RÉSUMÉ

	Opérations.	Guérisons.	Morts.
1° Sur les yeux	16	16	0
2° Sur le crâne et la face	55	50	5
3° Sur le cou	27	25	2
4° Sur la colonne vertébrale	1	1	0
5° Sur le thorax et les seins	30	27	3
6° Sur l'abdomen et l'intestin	86	76	10
7° Sur le rectum et la région anale	31	30	1
8° Sur les organes génitaux de la femme	180	166	16
9° Sur les organes génitaux de l'homme	30	30	0
10° Sur les voies urinaires	14	12	2
11° Sur le membre supérieur	39	37	2
12° Sur le membre inférieur	55	50	5
	564	518	46

Les 564 opérations faites cette année à l'hôpital Bichat ont donc donné 46 morts, soit en bloc 8.12 0/0 de décès. L'année précédente, notre mortalité était de 8.39. Il y a donc eu, toutes proportions gardées, moins de décès dans l'année qui vient de s'écouler, quoique nous ayons pratiqué un bien plus grand nombre

d'opérations sur les organes génitaux de la femme, c'est-à-dire plus d'interventions graves.

Passons en revue ces divers insuccès et leurs causes probables.

Les 55 opérations pratiquées sur le crâne et la face ont donné 5 insuccès. Dans un cas, il s'agit d'un vieillard de 80 ans, entré à l'hôpital pour une plaie de tête : il mourut, trois semaines après son entrée, de congestion pulmonaire. Ce cas ne devrait pas, en réalité, être compté parmi les décès dus aux opérations. Une fracture du crâne de la région pariéto-temporale gauche et des régions occipitale gauche et frontale droite, est morte le lendemain de l'entrée à l'hôpital; on avait enlevé les esquilles osseuses. Un opéré d'épithélioma du plancher de la bouche avec propagation aux ganglions sous-maxillaires et à l'os maxillaire inférieur lui-même, âgé de 65 ans, est décédé deux jours après une opération sérieuse. (Résection du maxillaire inférieur, ablation d'une grande partie de la langue, etc.) Cet opéré de M. Quénu a présenté à l'autopsie de la congestion pulmonaire. On n'avait pas employé de sonde œsophagienne à demeure. Une amputation de la langue pour un épithélioma, chez un homme de 60 ans, a été suivie de mort, le quatrième jour après l'intervention. A l'autopsie, on ne trouva que de la congestion pulmonaire. Il est indispensable d'ajouter que cet homme présenta un collapsus assez considérable après l'opération. Enfin l'extirpation d'une tumeur du maxillaire a causé le décès d'un homme de 45 ans.

Les 27 opérations pratiquées sur le cou n'ont donné que 2 morts. Dans un cas, une thyroïdectomie fut suivie de mort trois semaines après l'opération ; l'opérée succomba probablement à des lésions pulmonaires, mais l'autopsie n'a pas été faite. De plus, une trachéotomie, pratiquée d'urgence pour parer à des accidents causés par un épithélioma du corps thyroïde, a été cause de l'apparition d'une broncho-pneumonie qui a emporté le malade, âgé de 50 ans, trois jours après cette opération.

Nous avons à enregistrer 3 décès pour les opérations pratiquées sur le thorax et les seins. Une opérée d'épithélioma du sein est morte de pneumonie au bout de six jours (elle avait 56 ans), sans la moindre complication du côté de la plaie. Un phlegmon de la paroi thoracique chez un jeune homme de 22 ans se compliqua d'une pleuro-pneumonie à streptocoques dont il mourut. Enfin, une malade atteinte d'un sarcome du sein gauche, ayant envahi le grand pectoral, succomba à la généralisation sarcomateuse.

Sur les 86 opérations pratiquées sur l'abdomen et l'intestin, nous comptons 10 insuccès. Dans un cas, une hernie inguinale étranglée réduite a été suivie de mort par septicémie péritonéale, l'intestin s'étant sphacélé. L'anse herniaire avait été réduite à tort;

elle se gangrena secondairement. Un autre opéré de hernie inguinale étranglée a succombé le dixième jour à des accidents pulmonaires; il était alcoolique et avait des reins atrophiés. La plaie était bien réunie.

Une laparotomie exploratrice pour étranglement interne a été suivie de mort, le jour même de l'opération; le malade a dû être emporté par le choc traumatique. Il s'agissait d'un vieillard, porteur d'une anse intestinale étranglée depuis neuf jours dans un sac interne, et gangrenée. Un myxosarcome du mésentère, pesant 25 livres, pédiculé, accompagné d'ascite, nécessita, pour être extirpé, le sacrifice de 1^{m}, 27 d'intestin grêle. Son pédicule fut réduit, après avoir été serré à l'aide d'une ligature élastique, et l'intestin, suturé, fut fixé à la partie abdominale; mais le malade mourut deux jours après, très probablement de péritonite septique, due à une inoculation du péritoine par les matières intestinales.

Dans un cas assez analogue (résection du côlon transverse pour carcinome), la mort survint dans des circonstances presque identiques; mais ici il y avait une notable quantité d'albumine dans les urines avant l'opération.

Un autre opéré de tumeur du côlon, auquel on ne fit qu'une laparotomie exploratrice et un anus contre nature iliaque droit, succomba à une pneumonie droite. A l'autopsie, pas trace de péritonite. Une tumeur kystique du pancréas, incisée et fixée à la paroi par M. le Dr Hartmann, après une amélioration passagère, est morte avec des symptômes d'obstruction pylorique six semaines après l'opération. Il s'agissait d'un épithélioma kystique du pancréas généralisé au foie. Un kyste hydatique du foie, traité d'une façon analogue, s'est compliqué de péritonite et a entraîné la mort; mais à l'autopsie on trouva d'autres kystes dans le foie. Deux laparotomies pour plaies de l'abdomen, l'une par coup de couteau, l'autre par arme à feu, ont été suivies de mort. Dans un cas, une péritonite suraiguë s'est déclarée et le malade est mort trente-cinq heures après l'accident. A l'autopsie, on constata qu'il existait une perforation de l'intestin grêle restée inaperçue lors de l'intervention, par suite d'un examen trop superficiel. C'est donc un cas de mort pour faute opératoire et non un décès par accidents septiques d'origine opératoire. Dans l'autre cas (coup de revolver dans la région lombaire) la mort survint aussi par péritonite. Ici encore la laparotomie n'avait pas permis de trouver la perforation qui occupait la face postérieure de l'estomac.

Une extirpation d'épithélioma rectal par la voie anale chez un homme de 56 ans, alcoolique, a entraîné une mort rapide par accidents cardio-pulmonaires.

Il y a eu 180 opérations pratiquées sur les organes génitaux de

la femme. Elles ont donné 16 morts, c'est-à-dire le tiers environ de notre mortalité totale. Cela tient à ce qu'elles comprennent plus de 70 laparotomies pour kystes des ovaires, tumeurs des trompes et de l'utérus, etc.

Une malade atteinte de tumeur végétante de l'ovaire droit (kyste multiloculaire) a succombé au choc le jour même de l'intervention. Dans un cas de kyste multiloculaire du ligament large gauche, il survint une péritonite qui emporta l'opérée au deuxième jour; la même complication causa la mort chez une femme ayant une tumeur fibro-kystique de l'utérus incluse dans le ligament large.

Une pyosalpingite a succombé de péritonite suppurée le lendemain de l'opération, et une péritonite septique a enlevé deux autres opérées d'ovaro-salpingites doubles au premier et au deuxième jour. Enfin, dans un cas d'abcès de l'ovaire, extirpé par M. Quénu, la malade est aussi morte de péritonite. Une opérée de salpingite tuberculeuse, à laquelle on dut faire un anus contre nature, a été enlevée par une péritonite tuberculeuse, au bout de trois mois, avant qu'on ait pu refermer l'anus artificiel.

Les hystérectomies abdominales avec pédicule extérieur ont fourni deux décès par urémie. Dans une castration pour fibrome, il y a eu une mort par hémorrhagie interne, le bord externe du ligament large ayant glissé sous la ligature.

Enfin deux malades, atteintes l'une de salpingite double avec rétroflexion de l'utérus, l'autre d'ovaro-salpingite suppurée et de prolapsus utérin, sont mortes, la première de péritonite septique, la seconde d'urémie; à ces deux malades, en outre d'une salpingo-oophorectomie, on avait fait une hystéropexie complémentaire.

Les morts sont beaucoup moins nombreuses, et cela se comprend, pour les opérations pratiquées sur les mêmes organes par la voie vaginale. Nous n'avons à enregistrer, à ce point de vue, qu'une mort dans un cas de curettage et d'évidement pour un épithélioma de l'utérus (il s'agissait d'une femme de 60 ans) et deux décès à la suite d'hystérectomies vaginales, l'un par péritonite, l'autre par pincement de l'uretère, tous les deux au quatrième jour.

Les 14 opérations faites sur les voies urinaires ne nous ont donné que deux insuccès. L'un a trait à un kyste hydatique du rein, traité comme un kyste hydatique du foie; la mort survint au huitième jour. L'autre, qui a trait à un homme atteint de rétrécissement uréthral, d'abcès péri-anal, etc., est survenu trois jours après une uréthrotomie interne et a été causé par l'infection urineuse. A l'autopsie, on a trouvé une prostate infiltrée de pus et des reins atrophiés.

Les opérations faites sur le membre supérieur, au nombre de

39, ont donné deux insuccès, relatifs d'ailleurs, car ils ne dépendent pas, à proprement parler, de l'intervention. En effet, dans un cas, un tuberculeux auquel on fit le grattage des os du carpe est mort de tuberculose pulmonaire un mois et demi après. Dans un autre cas, un homme atteint d'un phlegmon du bras et de l'avant-bras du côté gauche, et auquel on fit des incisions multiples, succomba ultérieurement à une embolie pulmonaire, conséquence d'une infection intense (pleurésie, bronchite, albuminurie, phlegmatia alba dolens, etc.).

Enfin, nous comptons 5 décès pour les 55 opérations pratiquées sur les membres inférieurs.

Un amputé de cuisse est mort le jour même de l'intervention, c'était à la suite d'un traumatisme intense : fracture compliquée du fémur avec plaie de l'artère fémorale, et le malade succomba au choc, existant déjà avant l'opération. Cet homme était tombé du haut des fortifications, et on l'avait trouvé dans le fossé, ayant perdu beaucoup de sang, incapable de donner des renseignements sur son accident. Il avait 32° de température axillaire quand il fut amputé. La circulation était absolument arrêtée au-dessous de la fracture. Un homme atteint de fongus hématode de la cuisse gauche fut enlevé par une embolie pulmonaire, trois jours après l'extirpation de cette tumeur. Un amputé de cuisse pour gangrène gazeuse de la jambe, consécutive à une fracture compliquée du tibia et du péroné avec issue des fragments et accompagnée d'autres blessures, a succombé pendant l'opération. Deux autres fractures compliquées de jambe se sont terminées par la mort, quoiqu'on n'ait fait que la résection des os faisant saillie à l'extérieur; l'un de ces décès a été occasionné par le choc traumatique (on avait amputé en même temps l'avant-bras pour un broiement de la main), l'autre par une attaque de delirium tremens.

Nous allons maintenant essayer de classer les différentes causes d'insuccès.

Tableau indiquant les causes de la mort.

A. — Morts rapides :

a. Dues au traumatisme (*choc*).

1. Une fracture du crâne (fractures multiples), ayant nécessité l'ablation des esquilles.
2. Une laparotomie pour étranglement interne.
3. Une ovariotomie pour tumeur végétante de l'ovaire.
4. Une amputation de cuisse pour traumatisme intense et hémorrhagie importante de la fémorale (T. 32°).

5. Une résection tibio-péronière pour fracture de jambe avec broiement de la main.

b. Dues à une *hémorrhagie :* castration pour fibrome utérin.

Dans deux de ces cas (castration, ovariotomie), l'acte opératoire a certainement déterminé lui-même la mort; mais dans les quatre autres, il semble qu'il faille incriminer seulement le traumatisme, cause des accidents primitifs, ou l'étranglement interne, plutôt que l'opération.

B. — Complications survenues après l'opération :

a. Accidents pulmonaires (congestion, broncho-pneumonie, pleurésie) :

1. Plaie du crâne (vieillard de 80 ans).
2. Épithélioma du plancher buccal (ablation) (65 ans).
3. Épithélioma de la langue (amputation) (60 ans).
4. Tumeur du maxillaire (extirpation) (45 ans) (?).
5. Thyroïdectomie (goitre) (femme cachectique).
6. Trachéotomie par épithélioma du corps thyroïde (50 ans).
7. Amputation du sein (épithélioma) (56 ans).
8. Hernie inguinale étranglée (alcoolisme et reins malades en même temps).
9. Laparotomie exploratrice et anus iliaque pour tumeur du côlon.
10. Épithélioma rectal (ablation) (56 ans).

b. Embolie pulmonaire :

1. Phlegmon du bras (pleurésie, phlegmatia, infection intense).
2. Épithélioma de la cuisse, avec hémorrhagies.

c. Lésions rénales :

1. Résection du côlon transverse (albuminurie).
2. Hystérectomie abdominale pour fibrome (urémie).
3. Hystérotomie abdominale pour fibrome (urémie).
4. Salpingectomie et hystéropexie (urémie).
5. Hystérectomie vaginale (pincement de l'uretère).
6. Uréthrotomie interne (infection généralisée des voies urinaires).

C. — Persistance des accidents ayant obligé à l'intervention.

a. Infection généralisée antérieure :

1. Phlegmon de la paroi thoracique (pleurésie).
2. Amputation de cuisse (gangrène gazeuse).

b. Cachexie ou généralisation cancéreuse ou sarcomateuse :

1. Sarcome du sein gauche et du grand pectoral.

2. Tumeur kystique du pancréas.
3. Épithélioma de l'utérus (curettage).

c. Tuberculose :

1. Salpingite tuberculeuse (ablation et anus contre nature).
2. Tuberculose des os du carpe (grattage).

d. Alcoolisme :

Amputation de jambe (attaque de delirium tremens).

D. — Accidents septiques, développés à la suite de l'opération.

a. Dus à l'intervention :

1° Malades non infectés avant l'intervention :

1. Myxosarcome du mésentère extirpé (péritonite septique).
2. Kyste hydatique du foie (autres kystes dans le foie) [1].
3. Kyste multiloculaire du ligament large gauche.
4. Tumeur fibro-kystique de l'utérus incluse dans le ligament large.
5. Hystérectomie vaginale (cancer utérin, péritonite).

2° Malades manifestement infectés avant l'intervention :

6. Pyosalpingite (péritonite suppurée).
7 et 8. Ovaro-salpingites (péritonite septique).
9. Abcès de l'ovaire (péritonite).
10. Salpingite et rétroflexion utérine (ablation des trompes et hystéropexie, péritonite).

b. Dus à une intervention incomplète ou insuffisante :

1. Hernie inguinale étranglée (sphacèle de l'intestin après réduction intra-abdominale et septicémie).
2. Laparotomie pour plaie de l'abdomen par coup de couteau. Une plaie intestinale non suturée (péritonite).
3. Laparotomie pour coup de feu dans l'abdomen. Une plaie de l'intestin non suturée (péritonite).

Je ferai remarquer, en terminant, que cette année je n'ai pas observé d'érysipèle chez mes opérés. En somme, 13 décès par accidents septiques, dont 10 seulement d'origine opératoire, sur 564 opérations, soit environ 1.80 0/0 d'accidents septiques d'origine opératoire.

[1] Malade très probablement infecté avant l'opération.

Lectures.

M. Tuffier lit une observation de *hernie inguinale étranglée* chez un enfant de dix jours (M. Championnière, rapporteur).

M. Chaput lit une note sur un nouvel *entérotome* (M. Richelot, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 13 mai 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. le Dr Pozzi, demandant un congé de deux mois pendant la durée du concours des accoucheurs des hôpitaux, dont il est juge.

M. le Président annonce la mort de M. le Dr Cazin (de Berck), membre correspondant.

M. le Président insiste sur la perte que vient de faire la Société de chirurgie en la personne de notre sympathique et savant collègue, qui a succombé encore jeune aux suites d'une longue maladie.

Rapport.

Grossesse extra-utérine. Lithopédion siégeant sur un kyste placé à la face antérieure de l'utérus et saillant sans intermédiaire dans la cavité péritonéale. Extraction du fœtus et du kyste. Guérison, par M. Tuffier.

Rapport par le Dr Terrillon.

M. Tuffier vous a présenté une observation intéressante dont je vais donner le résumé :

Une femme, âgée de 34 ans, entre le 6 février 1890 à l'hôpital Beaujon.

Ses antécédents pathologiques sont intéressants. Réglée depuis l'âge de 17 ans, elle a toujours eu des menstrues très régulières.

A 23 ans, elle accouche normalement à la suite d'une grossesse sans accidents. Les règles ne réapparaissent que huit mois après sa délivrance; elles avancent de quelques jours, puis reviennent régulièrement jusqu'au 15 octobre 1889.

A cette époque, la menstruation fait défaut pendant un mois, sans autre accident; mais quinze jours après survient une perte de quelques gouttes de sang; en même temps l'abdomen devient le siège de douleurs sourdes, sorte de pesanteur occupant le bas-ventre.

Ces phénomènes douloureux et constants s'accompagnent à intervalles variables, toutes les deux ou trois semaines environ, d'accès très aigus survenant brusquement, durant une heure, et provoquant des douleurs si vives qu'elles occasionnent une syncope en décembre.

Ces accidents persistent, puis se calment, et dix jours après la malade reprend ses occupations. Quelques jours plus tard, les règles réapparaissent.

En résumé, pendant une période qui s'étend du 30 octobre 1889 au 6 janvier 1890, on voit survenir tous les huit jours des pertes de quelques gouttes de sang.

Le 26 janvier, nouvelle métrorrhagie avec quelques caillots. Les douleurs deviennent alors si intenses que la malade entre à l'hôpital aussitôt que le transport peut être supporté.

A ce moment, le ventre est un peu gros, mais rien à première vue n'y révèle une tumeur.

On peut l'explorer facilement, car toute sensibilité anormale a disparu. Il est facile de constater à la palpation une tuméfaction du volume d'un gros poing d'adulte, siégeant dans l'hypogastre, et remontant sur la ligne médiane environ à quatre travers de doigt au-dessus du pubis; en bas, elle se perd derrière la symphise, et de chaque côté elle empiète sur les fosses iliaques, principalement à droite.

Lisse, dure, facile à circonscrire avec les deux mains, elle est si superficielle qu'on la croirait presque dans l'épaisseur de la paroi abdominale, qu'on peut d'ailleurs saisir et déplacer à sa surface.

Le toucher vaginal permet d'apprécier l'épaisseur de la tuméfaction, son siège à la face antérieure de l'utérus et sa fusion absolue avec cet organe qui est en rétroflexion.

Le col est normal, sans augmentation de volume.

Le toucher rectal fait sentir la paroi postérieure de l'utérus, saillante, mais lisse et normale.

Les régions voisines sont comprimées par cette tumeur, ainsi que l'attestent la fréquence des mictions et la constipation qui dure généralement cinq à six jours.

L'état général est bon, les autres organes ne présentent aucune lésion.

Ces symptômes semblaient appeler le diagnostic de « fibrome utérin »; mais cependant l'évolution bizarre de la maladie et le siège de la tumeur rendant ce diagnostic indécis, M. Tuffier prit la résolution de chloroformer la malade pour faire un examen plus approfondi. L'anesthésie ne révéla rien de spécial.

Il n'hésita pas alors à proposer la laparotomie, qui fut acceptée; les suites de l'opération justifièrent cette intervention, que l'on fit le 13 mars 1890.

L'abdomen est ouvert à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, dans une étendue de 8 centimètres.

Les doigts introduits dans l'abdomen rencontrent la tumeur, qui est lisse, et à la surface de laquelle est une masse dure, pierreuse, irrégulière, présentant une petite partie complètement mobile. C'était un des bras du fœtus calcifié.

L'incision est agrandie de quatre centimètres, et M. Tuffier trouve alors le dos libre et nu du fœtus calcifié, collé par son ventre sur la face antérieure de la tumeur, trop grosse pour qu'il puisse l'embrasser. On ne peut mieux la comparer qu'à un enfant cramponné sur une mappemonde trop volumineuse et cherchant à s'y retenir.

La tumeur qui accompagne le fœtus est adhérente à la face antérieure de l'utérus, à l'intestin et au ligament large. Toutes ces adhérences sont facilement détachées, et la tumeur est enlevée en totalité.

Les annexes ne présentent aucune lésion apparente.

On fait la toilette du péritoine, et on suture la séreuse et la paroi au catgut; la peau est suturée au crin de Florence.

Sur la plaie, on met un pansement iodoformé et ouaté.

Les suites opératoires furent d'une bénignité remarquable. Ni vomissements, ni élévation de température. Au septième jour, la réunion était complète, et la cicatrice parfaite au dixième jour, où on pratique le deuxième pansement.

Le 23 mars, la malade rentrait à la salle commune; l'état général était parfait.

Le 7 juin, époque à laquelle M. Tuffier revit la malade, la cicatrice était très solide, et depuis deux mois ses règles étaient revenues sans

aucun phénomène anormal. Les douleurs avaient complètement disparu.

Elle a été revue le 1er février 1891, et son état est toujours très satisfaisant.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée est assez régulièrement sphérique, un peu aplatie d'avant en arrière. Elle mesure 8 centimètres de diamètre vertical, 7cm,7 de diamètre transverse et 6 centimètres et demi d'épaisseur.

Sur sa face antérieure, en bas et à droite, est couché et adhère solidement un squelette fœtal, dont les différentes pièces sont facilement reconnaissables.

Il mesure 5 centimètres du sommet de la tête à l'extrémité du membre inférieur droit demi-fléchi. La tête aplatie, dont on distingue bien le pariétal droit, a 2 centimètres du sommet au sillon du cou et 1cm,8 dans le sens perpendiculaire au précédent (occipito-facial). Ce squelette adhère à la tumeur par son flanc gauche, qui semble y être incrusté ; le membre thoracique gauche en abduction est enfoui dans la paroi ; on le sent plus qu'on ne le voit. Par contre, le côté droit de la tête et le flanc droit sont entièrement à nu et les membres correspondants libres et mobiles dans toute leur étendue.

En essayant de détacher le fœtus, on attire la paroi limitante de la tumeur, qui s'éloigne en formant soufflet avec une partie dure sous-jacente.

Après avoir pratiqué une coupe de cette tumeur, on constate qu'elle est partout limitée par une coque dense, à limites nettes, de coloration violâtre, dont l'épaisseur varie de 1 à 2 millimètres. On y aperçoit à droite la coupe d'un vaisseau. De ce côté et dans la plus grande partie de la portion supérieure, la paroi est adhérente, fusionnée avec une masse spongieuse, rougeâtre, qui constitue la masse principale de la tumeur et qui paraît être un placenta.

Si l'on se reporte aux renseignements cliniques et opératoires, annexes des deux côtés saines, tumeur non pédiculée, adhérente à l'intestin, occupant le cul-de-sac utéro-vésical, plutôt abdominale que pelvienne, il semble que l'on ait eu affaire à un kyste extra-utérin abdominal.

On peut résumer ainsi tout ce que l'examen macroscopique a permis de constater.

Tumeur formée d'une coque partout continue, sans trace de pédicule, renfermant une masse volumineuse, spongieuse, ayant l'apparence d'un placenta, adhérente par une portion de sa périphérie à la paroi kystique, libre dans une autre portion, recouverte d'une couche de fibrine stratifiée qui est sans doute la trace d'une hémorrhagie intra-kystique.

A la partie antéro-latérale gauche de la tumeur, entre cette couche fibrineuse et la paroi non adhérente, cavité libre tapissée de membranes qui est peut-être l'ancienne loge fœtale.

Fœtus réduit à l'état de squelette, sorti du kyste, mais resté adhérent à sa face externe, sans qu'on puisse trouver la trace de l'orifice de

sortie. Il est à noter que si la perforation s'est faite au point même où se trouve le squelette, elle s'est faite, selon toute apparence, en dehors de la zone placentaire.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. D'abord il s'agit d'une façon évidente d'une grossesse extra-utérine de la variété dite abdominale, puisque la poche était indépendante des annexes et de l'utérus, et qu'elle a pu être enlevée en totalité.

Le second fait intéressant est que la rupture qui a permis au fœtus de sortir de cette poche s'est produite sans accident, ce qui est dû probablement à ce qu'elle s'est produite dans un point où la poche était mince et qu'elle s'est faite loin de la portion placentaire.

On peut ajouter aussi que ce fœtus, encore petit, s'est calcifié, et ne s'est pas résorbé, comme cela est ordinairement la règle; ce fait prouverait donc que des fœtus encore petits ne se résorbent pas aussi rapidement que certains auteurs, tels que Léopold, l'avaient admis.

Enfin, cette observation est intéressante puisqu'elle prouve que l'opération habilement conduite peut permettre sans danger l'extraction de ces tumeurs.

Lectures.

M. Broca lit un travail sur *Deux cas de laparotomie pour plaies du foie.* (M. Terrier, rapporteur.)

M. Tuffier lit un travail intitulé : *De la résection du poumon dans la tuberculose au début.* (Commissaires : MM. Polaillon, Delens et Terrier, rapporteur.)

M. Schmitt lit une observation de *Luxation du pouce en arrière suivie de tétanos.*

Présentations de malades.

M. Kirmisson présente une petite fille d'un mois atteinte de *macrodactylie de la main gauche.* La lésion porte sur l'index et le médius, qui tranchent par leurs proportions énormes sur les doigts voisins; l'index est dans l'extension complète; le médius est fortement fléchi en dehors au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange ; la flexion atteint presque l'angle

droit. Les deux métacarpiens correspondants sont également hypertrophiés. L'avant-bras lui-même est augmenté de volume. Il n'existe pas d'autres vices de conformation ; rien dans l'histoire de la grossesse et de l'accouchement de la mère ne peut expliquer la lésion dont l'enfant est atteinte.

M. Walther présente un malade atteint de *fracture itérative de la rotule.* (M. Championnière, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 20 mai 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° M. Reclus présente, en son nom et au nom de M. Duplay, le cinquième volume du *Traité de chirurgie.*

Rapport.

Deux cas de strumite métastatique, leur étiologie et leur traitement, par le Dr Kummer (de Genève) et le Dr Tavel, privat docent de chirurgie, à Berne, chef du laboratoire de bactériologie.

Rapport par M. Nicaise.

Obs. I. — *Strumite typhique.*

Une demoiselle de 26 ans, atteinte de dyspnée, entre le 20 octobre 1890 à l'hôpital Butini, à Genève ; elle est atteinte de goitre depuis l'âge

de 12 ans. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, elle est prise de diarrhée, avec fièvre ; deux jours après, elle sent des douleurs dans le côté droit du cou et des phénomènes d'inflammation du corps thyroïde se montrent. Le corps thyroïde augmente de volume à droite et est douloureux à la pression.

La gêne de la respiration engage le Dr Kummer à pratiquer l'ablation de la moitié droite du corps thyroïde ; la trachée est trouvée aplatie en fourreau de sabre. Pendant l'opération, le nerf laryngé inférieur est coupé. Les suites de l'opération furent simples, la malade guérit.

La portion du corps thyroïde enlevée présente deux kystes : l'un renferme de la matière colloïde hémorrhagique ; le second, plus gros, est enflammé et renferme un liquide jaune paille trouble, dans lequel on trouve des cellules de pus en grand nombre et présentant en partie la dégéuérescence graisseuse.

M. Tavel fait l'examen histologique des liquides et établit par des cultures multipliées et variées que, dans ce cas, l'agent de la suppuration est le bacille d'Eberth, le bacille typhique.

« D'ailleurs, dit le Dr Tavel, les cas de suppuration causée par le bacille du typhus sont nombreux ; j'ai examiné, il y a quatre ans, un cas d'orchite typhique dans lequel il n'y avait que des bacilles du typhus. Dans un cas de strumite consécutif à une maladie fébrile de nature incertaine, j'ai également trouvé le bacille du typhus ; dans un autre cas de strumite après typhus diagnostiqué, j'ai constaté aussi la présence du bacille d'Eberth.

« Les cas de périostite, d'ostéomyélite, d'abcès divers consécutifs à la fièvre typhoïde et où l'on n'a trouvé que les bacilles du typhus sont nombreux aujourd'hui, et nous sommes forcés d'admettre aussi chez l'homme l'action pyogène du bacille démontrée du reste par Colzi. Buchner a démontré que cette action pyogène des bacilles du typhus repose sur la propriété de la protéine du bacille d'attirer les leucocytes. »

« Le fait très intéressant à relever dans notre cas, ajoute le Dr Tavel, est que c'est l'examen du foyer métastatique qui a fait découvrir la nature de la maladie primaire, qui, sans cela, aurait passé pour un catarrhe intestinal simple. »

Dans les cas de thyroïdite suppurée, le Dr Kummer est disposé à admettre en principe l'extirpation comme le traitement idéal, et de préférence à l'incision, qui expose à l'hémorrhagie, et d'autant plus que l'inflammation se développe généralement sur un corps thyroïde déjà malade et qui déterminait de la dyspnée. Seulement il dit que l'extirpation du goitre ne doit pas être bilatérale, afin d'éviter la cachexie strumiprive.

« Si un foyer purulent se développe dans l'intérieur d'un goitre plongeant, l'extirpation sera encore le traitement le plus rationnel ; » c'est ce que le Dr Kummer a mis en pratique dans une seconde observation.

OBS. II. — *Strumite après accouchement.*

Une femme de 31 ans entre à l'hôpital Butini, de Genève, le 17 septembre 1890, pour une thyroïdite, qu'elle fait remonter au 15 juillet 1890, date de ses quatrièmes et dernières couches.

Elle portait depuis longtemps un goitre qui augmentait pendant chaque grossesse et diminuait ensuite. Mais, après les dernières couches, le goitre est resté gros et a déterminé de la dyspnée. Les couches avaient été normales, sauf cependant un hémorrhagie qui se manifesta quelques jours après.

Le 22 août, la malade eut un violent frisson, le cou augmenta et devint douloureux, surtout à gauche.

A son entrée à l'hôpital, on constate une inflammation du corps thyroïde, avec infiltration et légère rougeur de la peau à gauche; la tumeur plonge derrière la clavicule.

La lésion restant stationnaire, et se trouvant en face d'un goitre plongeant avec dyspnée, M. Kummer pratique l'extirpation de la moitié gauche du corps thyroïde le 1er octobre 1890. Le foyer purulent ayant été ouvert pendant l'opération, la plaie est pansée à plat avec de la gaze stérilisée. La guérison survint sans incident notable, et la malade quitta l'hôpital le 3 novembre 1890.

La tumeur était formée par un goitre colloïde, renfermant un abcès dont les parois avaient une épaisseur moyenne de 1 centimètre. L'examen bactériologique du pus, fait par M. Tavel, montre un grand nombre de streptocoques. Ces microbes existent également dans l'épaisseur des parois de l'abcès; il sont considérés par M. Tavel comme étant la cause de l'inflammation et de la suppuration du goitre.

M. Kummer croit que les streptocoques ont envahi l'organisme au moment de l'accouchement et qu'ils se sont amassés dans le corps thyroïde atteint de goitre, lequel est resté gros après l'accouchement.

Ces deux observations, dans lesquelles l'examen bactériologique a été fait avec le plus grand soin par M. Tavel, viennent s'ajouter aux faits qui démontrent que la formation du pus n'est pas l'apanage de quelques bactéries seulement. Il n'y a pas de microbe spécifique de la suppuration; presque tous sont capables dans certaines conditions d'exercer une action pyogène [1], mais on peut, comme le dit Roger, les diviser en deux groupes: dans le premier se placent les agents habituels de la suppuration (les staphylocoques et les streptocoques), dans le second groupe se placent les microbes qui sont accidentellement pyogènes.

Au dernier Congrès de chirurgie, notre collègue M. Gérard Marchant a communiqué une observation de thyroïdite suppurée consécutive à une pneumonie et dans le pus de laquelle M. Moran a trouvé des pneumocoques.

[1] H. ROGER, De la suppuration (*Revue de chirurgie*, 1890, p. 941).

M. Lannelongue a relaté des variétés d'ostéomyélite, dues les unes à des staphylocoques, d'autres à des streptocoques ou à des pneumocoques.

Ebermaier, en 1889, et d'autres depuis ont signalé des cas d'ostéomyélite à bacille typhique. M. Panas signalait dernièrement un cas d'angiome de l'orbite atteint de suppuration dans le cours de la fièvre typhoïde, et dans le pus duquel on trouva le bacille d'Eberth.

Enfin M. Reclus a cité un cas d'hématome datant de quelques mois, qui s'enflamma au cours d'un érysipèle et dont le pus contenait des streptocoques.

Si des microbes peuvent déterminer la suppuration, celle-ci se présente-t-elle, dans tous les cas, avec des caractères différents, selon la variété du microbe qui lui a donné naissance; peut-on admettre et décrire différents modes de suppuration dans chaque tissu et chaque organe ?

Les faits semblent répondre favorablement. M. Lannelongue a essayé une classification des ostéomyélites suppurées, d'après la variété de l'agent pyogène; M. Mirovitch vient de publier sur le même sujet un travail également inspiré par M. Lannelongue; dans quelques jours une thèse sera soutenue pour établir des variétés de thyroïdite infectieuse. Mais il ne faut pas se hâter de multiplier les variétés cliniques d'après les microbes, car la bactériologie montre que souvent des microbes différents déterminent des effets à peu près semblables, le milieu dans lequel ils se trouvent, le terrain, l'état du tissu malade, jouant également un grand rôle dans la détermination des effets produits.

Quant au traitement de la thyroïdite suppurée, il est difficile d'admettre qu'il faille en principe préférer l'extirpation; je crois que l'on devra d'abord employer les antiphlogistiques locaux et généraux, faire l'antisepsie intestinale, qui est indiquée dans presque tous les cas de suppuration [1], mais d'une façon absolue chaque fois qu'il y a une lésion de l'intestin, comme dans la première observation rapportée. Si on n'obtient pas la résolution, on fera une incision, ainsi qu'a agi M. Gérard Marchant dans le fait cité plus haut.

Mais dans les deux faits rapportés, le chirurgien s'est trouvé en face de cas spéciaux, de goitres, dont l'un plongeant et s'accompagnant de dyspnée ; dans ces cas, il peut être avantageux d'intervenir, ainsi que l'a fait M. Kummer; mais cela ne constitue pas une preuve en faveur de l'extirpation dans tous les cas, d'autant plus que l'inflammation se terminant par résolution peut agir sur

[1] Nicaise, Adénite cervicale subaiguë d'origine intestinale (*Revue de chirurgie*, 1890, p. 749).

le goitre, comme les injections intra-parenchymateuses irritantes, et amener son atrophie.

En terminant, je vous propose d'adresser des remerciements à M. le Dr Tavel, de Berne, qui est déjà connu par divers travaux et par des recherches bactériologiques.

Rapport.

Corps étranger de la trachée extrait par la laryngo-trachéotomie, par M. le Dr L. Montaz (de Grenoble).

Rapport par M. A. Routier.

M. le Dr Montaz nous a envoyé une observation de corps étranger de la trachée intéressante à plusieurs points de vue : nature du corps étranger, durée du séjour de ce corps étranger dans les voies aériennes, opération nécessitée pour son extraction.

Voici d'abord brièvement cette observation :

Un jeune garçon de 13 ans tenait entre ses dents un de ces ressorts en cuivre adaptés aux serretelles dont les blanchisseurs se servent pour attacher le linge sur les cordes pour le faire sécher. Sous l'influence d'un coup porté sur la bouche par un de ses camarades, l'enfant fait sans doute une violente inspiration, et le ressort pénètre dans le larynx.

Il y eut d'abord une dyspnée extrême.

Un premier médecin appelé, songeant sans doute à un corps étranger de l'œsophage, passa une sonde, ne sentit rien, et ordonna du lait et des purgations.

Un second médecin appelé conclut comme le premier. Un troisième insensibilisa la gorge et pratiqua un examen laryngologique sans doute; il reconnut le corps étranger et conseilla l'opération de la trachéotomie, qui fut intelligemment refusée par la famille. Ceci se passait en 1886.

Le jeune garçon garda son corps étranger pendant sept mois, allant et venant, un peu gêné pour sa respiration.

En janvier 1887, dans la nuit, sans cause occasionnelle appréciable, violent accès de dyspnée.

C'est le lendemain matin que le Dr Montaz est appelé auprès du malade, qu'il trouve dans l'état suivant :

Visage cyanosé, tirage trachéal, voix affaiblie mais normale.

Une tuméfaction de la région thyroïdienne, douloureuse à la pression, fit penser à notre confrère que le corps étranger se trouvait là; il posa formellement l'urgence de la trachéotomie.

Le malade fut apporté le lendemain à l'hôpital de Grenoble pour y subir cette opération.

Le chloroforme fut donné, mais vite supprimé, dit l'auteur, parce que la respiration se faisait mal.

« La trachéotomie fut pratiquée assez haut en faisant remonter le hile du corps thyroïde, mais cependant assez bas pour tomber plutôt au-dessous qu'au-dessus du corps étranger. »

Je rapporte cette phrase copiée textuellement dans l'observation, elle est assez confuse.

Un stylet fut introduit de bas en haut dans la plaie trachéale et permit de sentir le ressort. Celui-ci, saisi avec un davier, ne vint pas et se cassa.

« J'agrandis alors mon incision (dit l'auteur) par en haut, en sectionnant le corps thyroïde, les premiers anneaux de la trachée, le cartilage cricoïde. »

Le conduit laryngo-trachéal ouvert et écarté, on put enlever le ressort, qui était enchâssé dans la muqueuse; il arrivait juste au-dessous des cordes vocales.

La muqueuse faisait hernie entre chacun des tours de spire du ressort. Ces saillies furent abrasées, quelques coups d'éponge arrêtèrent le sang.

Une canule fut placée, la peau recousue pour rétrécir la plaie.

Le malade sortait de l'hôpital sans canule, sa plaie guérie, huit jours après.

Aujourd'hui, plus de trois ans et demi après, ce garçon a grandi, est fort et robuste; cependant, il a gardé une légère gêne de respiration qui se traduit par du tirage quand il monte vite un escalier, c'est pourquoi il a dû se consacrer à une occupation sédentaire.

Je relèverai plusieurs points dans cette observation :

Tout d'abord, la nature du corps étranger qui, par sa structure métallique, sa forme et son volume, a pu pénétrer dans les voies aériennes sans causer d'étouffement, et qui a dû évidemment d'emblée franchir le larynx. A cause de son poids léger, à cause de sa forme, ce ressort s'est fixé de suite au-dessous de la glotte, là où l'a trouvé notre confrère ; c'est ce qui explique la tolérance prolongée sans accès de dyspnée. Je suis plus embarrassé pour expliquer l'accès survenu la nuit pendant le sommeil, *sans cause appréciable*, dit l'auteur. J'émettrai la simple hypothèse d'un rhume, d'une trachéite, affection commune dans la saison où s'est produit l'accès, au mois de janvier.

L'opération de la trachéotomie était la seule chose à faire, en effet; je ne comprends pas bien comment le chloroforme n'a pas été bien supporté ; toutes les fois que je l'ai administré dans les dyspnées laryngiennes, j'ai été toujours agréablement impres-

sionné en voyant cette dyspnée diminuer à mesure que l'anesthésique produisait son effet.

Les détails de l'opération ne sont pas non plus très clairs ; le hile du corps thyroïde, l'isthme sans doute, qui a tant préoccupé l'opérateur, ne me paraît pas être si important sur un enfant de 13 ans, et cette trachéotomie faite assez bas pour éviter ce hile était plus dangereuse que sa section. L'abrasion des végétations de la muqueuse trachéale a pu être faite facilement, leur exérèse n'a pas donné beaucoup de sang, c'est une chance qu'a eu l'opératour ; la trachéotomie, qui n'était pas faite tête pendante, aurait pu, du fait de cette hémorrhagie, devenir très dramatique.

Cette abrasion était-elle nécessaire? Je ne le crois pas : l'ablation pure et simple du corps étranger qui les avait produites aurait aussi suffi à les faire disparaître ; je me demande même si cette abrasion n'a pas eu l'inconvénient de provoquer la formation de tissus cicatriciels qui, agissant sur les cartilages ramollis, a peut-être rétréci la trachée.

Pour que ce sujet, grand et vigoureux du reste, conserve trois ans après l'ablation de son corps étranger des voies aériennes une dyspnée qui se manifeste toutes les fois qu'il veut faire des exercices de force ou qu'il monte un escalier, il me paraît certain qu'il a conservé une lésion trachéale, et cette lésion, je le répète, pourrait bien être la conséquence de la cicatrisation des pertes de substance subies par la muqueuse trachéale.

Quoi qu'il en soit, je vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son observation dans nos archives.

Discussion.

M. Nicaise. Je ne veux faire qu'une simple remarque, à propos de la sensibilité de la muqueuse trachéale. M. Routier n'a-t-il pas dit qu' « elle augmente à mesure qu'on descend vers les bronches ». C'est l'inverse qu'il faut admettre. J'ai fait des expériences sur les animaux, et j'ai constaté que la sensibilité de la muqueuse augmente à mesure qu'on approche du larynx, constatation qui m'a servi à édifier une théorie de l'expulsion des crachats. Ceux-ci cheminent silencieusement de bas en haut, pour ne révéler leur présence que dans le voisinage du larynx, où ils éveillent des réflexes amenant des efforts d'expulsion.

M. Routier. Sans doute l'expression a trahi ma pensée, mais je n'ai pas eu l'intention de dire que la sensibilité de la muqueuse diminuait au voisinage du larynx. J'ai seulement fait allusion aux réflexes que provoque un corps étranger lorsqu'il descend vers une bronche et l'oblitère.

Communication.

Réflexions à propos de trois kystes séreux du mésentère traités par la laparotomie.

Par M. Terrillon.

On a rencontré, dans le mésentère, des kystes de différentes natures, présentant un certain nombre de caractères communs.

Le diagnostic de ces tumeurs a toujours été considéré comme impossible, et ce n'est guère qu'au moment de l'opération qu'on a l'habitude de les reconnaître. Je crois qu'il ne faut pas exagérer cette difficulté, et que dans bon nombre de cas — ainsi que je me propose de l'établir ici — le diagnostic peut être fait avec une certaine précision.

Les variétés de kystes du mésentère qu'on rencontre le plus communément sont : des *kystes sanguins*, des *kystes chyleux,* des *kystes hydatiques* et des *kystes séreux*. On peut y joindre les *kystes du pancréas* qui présentent à peu près les mêmes signes cliniques, mais que distingue leur liquide teinté en rouge et dissolvant les matières albuminoïdes.

Je ne veux pas présenter ici une monographie générale de toutes ces tumeurs, bien qu'elles se prêtent à une description d'ensemble ; je veux seulement attirer l'attention sur les moins rares, les *kystes séreux,* dont je possède trois observations personnelles.

KYSTES SÉREUX

Caractères cliniques. — Les kystes présentent plusieurs caractères cliniques assez spéciaux pour permettre, dans certains cas, un diagnostic précis. C'est sur ces signes importants que je voudrais insister.

Les kystes séreux du mésentère sont situés en général dans la partie médiane ou latérale de l'abdomen ; ils ne présentent pas de connexion évidente avec les organes qui donnent ordinairement naissance à ces tumeurs : le foie, le rein, l'ovaire. Ce signe d'une grande valeur peut cependant manquer, si la poche, prenant une extension considérable, est venue se mettre en contact avec tel de ces organes dont elle est originairement indépendante.

Un second caractère, dont l'importance est souvent considérable, est la présence d'une anse intestinale au-devant ou sur les côtés du kyste. Cette anse accolée à la tumeur et ne pouvant se déplacer, il en résulte une sonorité superficielle qu'il faut savoir interpréter par le diagnostic.

Ces kystes jouissent souvent d'une mobilité relative et peuvent se déplacer surtout dans le sens transversal.

La fluctuation est toujours assez nette, même quand la poche est tendue. Cependant les déplacements faciles de la tumeur peuvent rendre ce signe incertain. On fixera alors cette masse avec les mains pressant sur le ventre, et l'exploration permettra de reconnaître ce signe important.

Le volume des kystes séreux du mésentère est très variable, mais quand ils sont nettement apparents au dehors, ils contiennent en général trois, quatre et jusqu'à six litres de liquide.

Anatomie pathologique. Paroi du kyste. — La paroi est fibreuse, peu vasculaire. Elle présente ce caractère particulier de n'être pas tapissée par un épithélium. Hahn insiste sur ce fait intéressant, dans un mémoire sur ce sujet.

Liquide. — Le liquide contenu est séreux, légèrement coloré, et présente souvent une couleur spéciale qu'on a comparée à celle d'une décoction de craie.

Connexions avec les parties voisines. — On conçoit que ces connexions ont la plus grande importance au point de vue chirurgical et que de leur connaissance découleront les préceptes de l'intervention.

La paroi est généralement unie aux feuillets du mésentère et à l'intestin par des liens cellulaires, souvent très vasculaires. Aussi la séparation est-elle des plus laborieuses et doit-on procéder avec la plus grande prudence sous peine de déchirer les tuniques intestinales, d'ouvrir de nombreux vaisseaux, en un mot de causer des désordres graves. C'est là un précepte qu'ont proclamé tous les chirurgiens compétents, Péan, Hahn, etc., et que j'ai pu vérifier moi-même. Ce précepte consiste à ne jamais entreprendre de parti pris l'ablation totale et à s'arrêter aussitôt qu'on rencontre des difficultés dans la décortication.

Étiologie. — Les hypothèses — d'ailleurs très nombreuses — faites pour expliquer l'origine et le mode de formation de ces kystes sont bien peu satisfaisantes.

Sans doute on a admis une origine ganglionnaire et lymphatique ; mais quelle preuve a-t-on apporté à cette étiologie ?

Ce qu'on sait de plus certain, c'est que, dans un certain nombre de cas, un traumatisme de la paroi abdominale semble avoir précédé l'apparition de la tumeur.

Pour les kystes du pancréas qui contiennent un liquide spécial, il est permis, avec Virchow, de les rapprocher de la glande sub-

linguale et d'y voir, par conséquent, avec cet auteur, une *grenouillette pancréatique.*

Traitement. — La structure de ces kystes dont la paroi ne porte pas d'épithélium, la nature de leur contenu limpide, à peine coloré, font naître l'idée du mode de traitement le plus simple : la ponction. Malheureusement cette ponction peut présenter ici de réels dangers, et plusieurs auteurs, Hahn entre autres, se refusent à l'employer. On s'expose en effet, par ce moyen, à perforer une anse intestinale placée en avant de la tumeur et aplatie de telle sorte contre la paroi abdominale qu'il a été impossible d'en reconnaître la présence.

Mais, alors même qu'elle n'a présenté aucun accident, la ponction ne donne souvent que des résultats momentanés et on voit le liquide se reproduire rapidement.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que tous les auteurs qui se sont occupés de ces tumeurs conseillent de les atteindre directement par la laparotomie, et de ponctionner la poche ainsi découverte.

Le traitement qui offre les plus sérieuses garanties consiste évidemment à enlever le kyste. Mais nous avons vu quels dangers cette manœuvre peut présenter. Aussi, ne faut-il presque jamais y insister. Suivant le conseil de Péan, Hahn, etc., on se contentera de réséquer la portion de paroi kystique qu'on aura pu isoler, on suturera l'ouverture à la paroi abdominale et on drainera. Si l'on a procédé avec tous les soins nécessaires, on verra la poche se combler lentement et la guérison survenir.

Ce principe est formel pour les kystes séreux qui présentent avec les parties voisines, et surtout avec les intestins, des adhérences si intimes. Au contraire, pour d'autres variétés, les kystes sanguins, les kystes chyleux par exemple, l'ablation totale est quelquefois possible, même facile.

Soins consécutifs. — Les soins consécutifs sont rendus assez délicats par la position déclive de la poche et la stagnation de liquides susceptibles de s'altérer et d'engendrer la septicémie.

Le drainage a de grands avantages ; mais il faut y joindre des lavages répétés et abondants avec une substance antiseptique, une solution faible de sublimé par exemple.

Un bon moyen consiste à bourrer la poche de gaze iodoformée faisant l'effet d'un drainage capillaire. Mais quand la cavité est grande, la surface mise ainsi en contact avec l'iodoforme est considérable et on pourra observer des phénomènes d'intoxication aiguë. C'est ce qui arriva à une de mes malades. Je vis se développer chez cette opérée des symptômes sérieux, tels que syncope, pouls fili-

forme, délire; cet état alarmant ne se calma qu'après la suppression de la gaze iodoformée, que je remplaçai par la gaze au salol. Celle-ci est en effet beaucoup moins toxique; elle est d'ailleurs aussi moins antiseptique et il faut la renouveler plus souvent.

Au début, la tension intra-abdominale aidant, la cavité du kyste se comble assez rapidement. Mais, au bout de quelques semaines, s'établit une fistule assez profonde, étroite, qui donne une quantité notable de liquide et qui se rétrécit lentement. Enfin, au bout de trois mois en moyenne, quelquefois un peu plus, la guérison complète est obtenue.

Plus tard, on ne trouve au lieu de l'incision abdominale qu'une cicatrice enfoncée. Dans la profondeur, on ne sent aucun tissu cicatriciel induré; toutes ces parties s'assouplissent, ne semblent garder aucune trace de l'opération et ne sont le siège d'aucune douleur.

Je n'ai observé ni éventration ni distension de la cicatrice chez mes trois malades, que j'ai cependant suivies longtemps et avec soin.

Obs. I. — *Kystes du mésentère. Ouverture par la laparotomie. Guérison.*

Mlle R..., âgée de 23 ans, vigoureuse et bien portante, se plaignait depuis sept mois environ de douleurs vagues dans le côté gauche et à la partie inférieure du thorax. Les digestions étaient devenues pénibles, l'estomac se gonflait après le repas; enfin, depuis quelque temps, son corset devenait trop étroit, le ventre augmentant de volume vers sa partie supérieure.

Au contraire, le reste de l'abdomen ne paraît pas changé. Les règles n'ont d'ailleurs subi aucune modification, et il est impossible que cette jeune fille soit enceinte.

C'est dans ces conditions qu'elle vient me consulter à la Salpêtrière.

En l'examinant couchée, je constate facilement que la région gauche et supérieure de l'abdomen est plus saillante que le côté droit. Cette saillie dépasse même la ligne médiane; elle est arrondie, uniforme, et s'étend jusque dans le flanc gauche. La palpation et la fluctuation donnent des signes encore plus précis : il s'agit d'une tumeur fluctuante, à parois assez tendues, occupant toute la partie supérieure du flanc gauche, la partie gauche du creux épigastrique, et descendant au-dessous de l'ombilic.

Cependant la matité manquait de netteté ou faisait complètement défaut en plusieurs points de cette large surface. En percutant légèrement, on percevait une sonorité superficielle qui se déplaçait et disparaissait même par moments, comme si le gros intestin contenant quelques gaz avait été placé devant la tumeur, derrière la paroi.

En arrière, la tumeur n'atteint pas la région du rein et ne remonte pas sous les fausses côtes.

En résumé, cette masse paraît partir de la colonne vertébrale ou de son voisinage pour pointer en avant vers la paroi abdominale, qu'elle repousse.

Je proposai plusieurs hypothèses pour le diagnostic. J'éliminai les kystes de l'ovaire, du rein, de la rate, par la position seule de la tumeur, et je restai en présence de l'alternative suivante : kyste du pancréas ou kyste du mésentère.

Le voisinage et surtout le contact probable de l'intestin me firent repousser toute idée de ponction exploratrice. Je proposai d'emblée une laparotomie.

L'opération fut pratiquée le 6 décembre 1887, dans mon service de la Salpêtrière.

Une incision médiane de dix centimètres fut pratiquée sur la partie saillante de la tumeur, de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, et donna accès dans le péritoine.

Je trouvai alors l'épiploon, que je voulus relever ; mais trouvant à cette manœuvre une certaine difficulté, je l'attirai en partie au dehors. De cette façon je vis bientôt apparaître le bord inférieur du gros intestin, qui occupait la partie supérieure de la plaie.

L'épiploon fut rentré et, sur sa partie la moins vasculaire, je fis une boutonnière de six centimètres. Je provoquai cependant ainsi une petite hémorrhagie que quelques pinces arrêtèrent.

A travers cette boutonnière épiploïque, je vis alors nettement la tumeur sous-jacente. A sa surface rampaient quelques vaisseaux ; de plus, en la pinçant, on sentait qu'un feuillet légèrement mobile la recouvrait : c'était le mésentère.

Une ponction pratiquée avec un gros trocart de l'appareil Potain donna issue à quatre litres de liquide transparent, à peine citrin, moussant légèrement dans le vase, mais non filant.

Quand cette poche fut entièrement vidée, j'en saisis la partie la plus saillante et l'attirai au dehors avec des pinces. Une incision passant au niveau de la piqûre ouvrit largement la cavité, que nous pûmes ainsi explorer. Sa paroi était mince, fibreuse, assez intimement unie avec une couche fibreuse et vasculaire qui n'était autre que le mésentère épaissi. La surface interne était parfaitement lisse et d'aspect blanchâtre.

Une tentative de décortication prolongée pendant près d'un quart d'heure montra qu'il était impossible de séparer les deux couches fibreuses du mésentère et de la tumeur, c'est-à-dire de faire l'ablation totale du kyste. Je l'explorai donc avec soin, en introduisant ma main dans sa cavité ; j'arrivai ainsi jusqu'au voisinage de la colonne vertébrale, que je sentis distinctement ; les battements de l'aorte étaient aussi très faciles à percevoir.

J'enlevai plusieurs lambeaux de la paroi, qui furent examinés au microscope.

Une collerette de sutures servit à fixer à la plaie abdominale les parois de la poche, y compris l'enveloppe mésentérique. J'introduisis

dans la cavité, bien isolée ainsi du péritoine, deux gros tubes à drainage devant permettre des lavages abondants.

Les suites de cette opération furent satisfaisantes. Cependant, malgré les lavages, il y eut une légère infection des liquides que la poche sécrétait en abondance. Jamais la température ne fut très élevée, mais la malade maigrit notablement.

Au bout de deux mois d'un traitement assidu, la cavité était presque complètement comblée, sauf un trajet persistant de quinze centimètres environ.

Cette jeune fille put alors sortir de la Salpêtrière, où elle vint me revoir trois mois après, complètement guérie. Elle était alors grasse et jouissait d'une excellente santé.

La cicatrisation absolue de cette poche avait demandé cinq mois entiers.

Depuis 1888, j'ai revu plusieurs fois cette opérée. Elle va très bien et ne se plaint de rien.

Obs. II. — *Kyste du mésentère. Ouverture par la laparotomie. Drainage. Guérison.*

Mme C..., âgée de 22 ans, d'apparence assez chétive, est accouchée, il y a trois ans, d'un enfant bien portant. Les suites de cette couche ont été parfaites, et rien ne semblait menacer la santé, lorsque, deux mois après, trouvant que le volume de son ventre ne diminuait pas, surtout vers la partie supérieure, Mme C... fit demander le médecin qui avait procédé à l'accouchement.

Ce premier examen approfondi démontra d'une façon à peu près certaine que la malade portait un kyste situé au voisinage de la face inférieure du foie, près de la ligne médiane, mais manifestement à gauche.

Quand je fus appelé, le diagnostic de kyste uniloculaire s'imposait. Les parois étaient évidemment tendues, mais la fluctuation était des plus nettes. La seule question difficile à résoudre était celle-ci : s'agissait-il d'un kyste hydatique du foie, d'un kyste du pancréas ou d'un kyste du mésentère. La première hypothèse semblait toutefois devoir être éliminée par ce fait que les mouvements respiratoires laissaient la tumeur immobile. De plus, la main appliquée sur la partie saillante percevait les battements aortiques transmis, nouvelle preuve que cette masse plongeait dans la cavité abdominale vers la colonne vertébrale, sans avoir de connexions avec la face inférieure du foie.

Cependant, en présence du volume de la tumeur, de sa localisation, et dans la crainte de provoquer de graves désordres du côté de l'intestin, je proposai d'emblée la laparotomie sans ponction préliminaire.

L'opération fut acceptée et pratiquée le 27 mai 1889.

Une incision de dix centimètres permit d'ouvrir le péritoine sur la ligne médiane, de l'appendice xiphoïde à l'ombilic.

Un feuillet vasculaire et mobile recouvrait la tumeur et se continuait à une certaine distance avec une anse intestinale accolée et intimement

adhérente à la poche. Ce kyste était donc évidemment inclus dans le mésentère.

Une ponction donna issue à deux litres et demi de liquide limpide, à peine citrin, qui ne contenait ni échinocoques, ni éléments figurés. La poche vidée fut attirée au dehors avec des pinces; l'intestin grêle adhérent fut entraîné avec elle.

L'ayant largement ouverte, je reconnus qu'il s'agissait bien d'une cavité à parois minces, incluse dans le mésentère épaissi, et je me mis aussitôt en demeure de décortiquer cette masse. Mais malgré la patience que j'apportai à cette manœuvre, j'en reconnus bientôt l'impossibilité : les vaisseaux déchirés produisaient une hémorrhagie redoutable; on devait craindre en outre de blesser le mésentère épaissi par places et presque confondu avec la poche kystique.

Les bords de la cavité furent donc soudés à l'ouverture abdominale par quinze points de suture, et une mèche de gaze iodoformée très petite fut placée dans le fond de la plaie. Deux heures après l'opération, survinrent des accidents dus à l'iodoforme : délire, vomissement, agitation, etc. Ils ne cessèrent qu'après l'ablation de la mèche et un lavage de la cavité.

Les suites de cette opération furent parfaites. Il n'y eut pas trace d'infection. La cavité fut comblée en six semaines, sauf une fistule qui dura environ deux mois pour se combler ensuite d'une façon complète. La guérison absolue eut donc lieu après trois mois et demi.

Actuellement, la malade jouit d'une santé excellente.

Obs. III. — *Kyste du mésentère. Ouverture par la laparotomie. Guérison.*

Mlle X..., âgée de 18 ans, s'aperçut, au milieu d'une santé parfaite, qu'elle avait une grosseur dans le côté gauche du ventre, un peu audessous de l'ombilic. Elle n'éprouvait aucune douleur et se plaignait seulement de quelques coliques et d'une certaine difficulté de la défécation.

La malade, voyant cette tumeur augmenter de volume, vint consulter son médecin, qui reconnut dans le côté gauche de l'abdomen une masse indolente, fluctuante et assez éloignée des organes génitaux.

Bientôt je trouvai moi-même ces signes. La tumeur, de forme régulière, n'avait aucune connexion avec le rein ni l'utérus. Elle était assez mobile et pouvait se déplacer de plusieurs centimètres dans tous les sens. En avant d'elle on constatait une sonorité limitée qui semblait correspondre à une anse intestinale placée à ce niveau.

La seule hypothèse à laquelle je fus amené par cet examen fut qu'il s'agissait d'un kyste du mésentère. Peut-être pouvait-on encore penser à un kyste du rein déplacé : l'absence de douleurs me fit éliminer cet idée.

Je proposai donc une intervention qui fut acceptée.

L'opération fut pratiquée le 15 juin 1890.

Par une incision verticale sur la partie saillante, j'ouvris facilement

le péritoine. L'épiploon écarté, je trouvai le kyste revêtu d'une couche de séreuse vasculaire se continuant avec une anse d'intestin qui adhérait à la tumeur.

Une ponction donna six cents grammes de liquide transparent, à peine coloré. Puis, la poche vidée fut attirée au dehors avec des pinces et largement ouverte. Il fut alors possible d'examiner sa surface interne, lisse et blanchâtre. Le fond de la poche présentait deux diverticules assez prononcés, se terminant en culs-de-sac, ce qui donnait à la tumeur, par sa face profonde, un aspect bilobó.

Le kyste atteignait en arrière la colonne vertébrale, qu'on pouvait sentir facilement avec les doigts introduits dans la cavité; en même temps on percevait nettement les battements de l'aorte.

A plusieurs reprises, j'essayai de séparer cette poche des feuillets du péritoine voisin; mais je dus y renoncer, surtout en arrivant au voisinage de l'intestin.

Je renonçai donc à cette manœuvre, et, après avoir réséqué une petite portion du kyste pour l'examen microscopique, je fixai les bords de l'ouverture à la plaie abdominale.

La cavité fut enfin remplie de gaze iodoformée. Dans ce cas, je vis encore apparaître des accidents dus à l'absorption de l'iodoforme. Ils cessèrent aussitôt que la mèche fut enlevée.

Les suites furent bonnes, malgré une fistule qui persista pendant quatre mois.

La malade a engraissé et se porte actuellement très bien.

La séance est levée à 5 heures moins un quart.

Le Secrétaire annuel,

G. Richelot.

Séance du 27 mai 1891.

Présidence de M. Polaillon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Un mémoire de M. Vincent (d'Alger), intitulé : *Considérations sur les caractères anatomiques et sur le traitement des*

plaies par armes à feu de la moelle épinière (trois observations personnelles de trépanation du rachis);

3° Un travail de M. le Dr Calot, intitulé : *Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital de Berck-sur-Mer*, du 9 février au 24 mai 1891 ;

4° M. le Dr Félizet offre en son nom à la Société de chirurgie un travail intitulé : *De la circoncision* (indications et manuel opératoire) ;

5° M. Nicaise offre, au nom de M. le Dr Lejars, un mémoire sur la forme et le calibre physiologiques de la trachée.

A propos du procès-verbal.

Périarthrite scapulo-humérale à pneumocoques. Thrombose de la veine axillaire.

M. Schwartz. J'ai l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie le cas que voici, à propos du rapport fait dans la dernière séance par notre collègue Nicaise sur les suppurations microbiennes :

Il s'agit d'un homme de 45 ans, cocher, qui est entré dans le service du Dr Lecorché, à la maison municipale de santé, le 27 mai. Il est tombé malade chez lui. Il a eu tous les signes d'une pneumonie dont il ne reste plus que des traces quand il entre à l'hôpital. Deux jours après, il est pris dans le bras gauche de douleurs atroces en même temps qu'on observe un gonflement de toute la région de l'épaule, qui devient rouge et tendue.

L'examen sommaire permet de constater l'existence d'une énorme collection purulente, véritable abcès critique des anciens, qui entoure toute l'articulation scapulo-humérale sans l'intéresser, puisque ses mouvements sont libres et qu'on ne perçoit aucun signe d'arthrite.

La température, fait remarquable, malgré l'acuité des symptômes locaux, ne dépasse pas 37°,8 le soir.

Mais le pouls est fréquent, la langue est sèche. L'examen du thorax permet de constater encore quelques râles fins (de retour) dans le côté gauche.

Je diagnostique un abcès péri-articulaire sous le deltoïde et fais recueillir le pus dans une éprouvette stérilisée, pensant qu'il pouvait s'agir d'une collection purulente à pneumocoques.

Large incision de l'abcès le 31 mai. Il s'en écoule un pus très épais, visqueux, verdâtre et en quantité considérable.

Le lendemain, chute de la température à 37° ; mais la langue reste sèche encore pendant onze à douze jours.

Lavage de la cavité au sublimé à 1/4,000. Pansements humides phéniqués faibles.

Le 12 juillet, le malade présente un œdème énorme du bras par thrombose de la veine axillaire. Celui-ci ne disparaît que lentement, sous l'influence de la compression et du repos, et, après une convalescence d'un mois encore, il sort enfin, ne conservant plus qu'un peu d'œdème de la main et de l'avant-bras. La région axillaire est indurée au niveau de sa paroi externe.

Voici la note qui m'a été remise par M. le Dr Netter, à qui j'avais remis le pus enlevé :

Celui-ci est visqueux. Examiné au microscope, il fourmille d'organismes ovoïdes à extrémités effilées, anguleuses, généralement disposés par deux, et dont un grand nombre sont entourés d'une capsule.

Ensemencé sur la gélose à 37°, ce pus donne naissance au développement exclusif de colonies fines, transparentes, des mêmes organismes lancéolés ; elles conservent le même caractère dans des cultures ultérieures.

Ces microbes sont identiques à ceux obtenus par la culture du sang du cœur des souris 177 et 178, inoculées avec le pus, et qui ont succombé la première le troisième jour, la deuxième le second jour après inoculation sous la peau et le péritoine.

Les deux animaux présentaient une rate turgescente énorme, et leurs humeurs et leurs organes renfermaient une quantité de diplocoques lancéolés.

Il s'agissait manifestement, pour toutes ces raisons, d'un abcès renfermant exclusivement des pneumocoques.

Suppuration d'un kyste thyroïdien à la suite d'accidents de septicémie puerpérale.

M. Kirmisson. A propos du rapport de M. Nicaise sur le travail de MM. Kummer et Tavel, je désire communiquer à la Société de chirurgie une observation de *suppuration d'un kyste thyroïdien à la suite d'accidents de septicémie puerpérale*, observation que j'ai pu recueillir à la Pitié en 1884, pendant que je remplaçais le professeur Verneuil.

Observation. — La nommée Mongin (Amélie), âgée de 32 ans, entre le 25 août 1884 à la Pitié, salle Lisfranc, n° 21, dans le service de M. Verneuil, que j'avais alors l'honneur de suppléer. Cete femme porte une tumeur volumineuse du corps thyroïde, dont elle fait remonter le début à l'âge de 11 ans. A cette époque, elle a vu se développer sur la partie antérieure et médiane du cou une tumeur dont l'accroissement rapide ne s'accompagna d'aucune douleur notable, sauf un peu de gêne et des tiraillements dans la région intéressée. Après avoir atteint le volume d'un œuf, la tumeur cessa de s'accroître et demeura stationnaire jusqu'à la première grossesse. A ce moment, la tuméfaction prit

des proportions notablement croissantes, pour redevenir absolument stationnaire une fois l'accouchement terminé. Chacune des 7 grossesses que présenta successivement la malade fut également marquée par un accroissement appréciable de la tumeur. Son septième accouchement a été marqué par une phlegmatia alba dolens pour laquelle elle fut soignée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Moutard-Martin. Il y a cinq mois, cette femme accouchait de son huitième enfant. Une hémorrhagie abondante accompagna la délivrance. Quelques jours plus tard, de la fièvre survenait et atteignait d'emblée 40° pour descendre ensuite graduellement et s'éteindre dans l'espace de six jours.

Envoyée au Vésinet, la malade y est prise de frissons et de fièvre qui nécessitent son transfert à l'hôpital Necker. La température s'élève de nouveau à 40°. En outre, la tumeur du cou prend un grand développement et détermine de la raideur et une gêne considérable des mouvements; elle est en même temps le siège de douleurs. La malade s'imagine avoir le torticolis. Les symptômes généraux s'amendant, la fièvre étant tombée, la malade quitte Necker au bout de trois semaines et rentre chez elle.

Sept semaines plus tard environ, de nouveaux frissons avec de la fièvre et des sueurs survenaient chaque jour dans l'après-midi. De nouveau la tumeur augmentait de volume et devenait le siège d'élancements douloureux. C'est alors que la malade se décida à venir à la Pitié.

A son entrée, on constate que la tumeur occupe à peu près toute la hauteur du cou et maintient la tête dans une légère extension. Largement étalée au-dessus du larynx, auquel elle adhère intimement, elle déborde de chaque côté la région cervicale et ne peut subir que des déplacements latéraux auxquels participe le larynx. Sa surface est régulière, arrondie ; les téguments, rouges, tendus et chauds ; la fluctuation est très nettement appréciable, particulièrement du côté gauche, un peu plus développé que le droit.

26 *août*. Une ponction aspiratrice confirme le diagnostic de kyste suppuré du corps thyroïde ; 250 grammes de pus horriblement fétide sont retirés de la tumeur.

Trois jours plus tard, le 29 août, je provoquai l'évacuation de la poche purulente en la traversant avec un gros drain placé en anse et obliquement dirigé de bas en haut et de gauche à droite. Le pansement fut fait avec la gaze de Lister.

Cette intervention suffit à procurer la guérison, qui fut entravée toutefois par deux petits accidents. Le 13 septembre, un nouvel abcès se forma à la partie antérieure du goître, communiquant avec le trajet primitif. Il nécessita une incision et un drainage supplémentaire, qui fut supprimé le 20 septembre.

Le 28 octobre, des accidents fébriles violents vinrent nous inspirer de nouvelles craintes ; mais ils se terminèrent sans accident par l'apparition des règles, qui vinrent le 3 novembre, après une interruption de six mois. Finalement, la malade quitta l'hôpital complètement guérie.

Ce qui fait l'intérêt particulier de ce cas, c'est la suppuration survenant dans un goître très ancien, sous l'influence de la septicémie puerpérale. L'intérêt du fait est encore augmenté par l'examen bactériologique qu'a bien voulu pratiquer M. Nepveu, et que nous transcrivons ici textuellement :

« Dans le pus se trouvaient des organismes de deux formes : les uns sphériques; les autres, véritables bâtonnets, étaient oblongs, leurs extrémités arrondies. Ils étaient animés de mouvements caractéristiques; quelques-uns étaient associés deux à deux. Enfin ils se coloraient parfaitement par la solution d'aniline fuchsinée.

« Ces organismes sont les dérivés directs de ceux qui ont pénétré dans le sang pendant la septicémie puerpérale. Ils ont trouvé dans la glande thyroïde, hypertrophiée et kystique, un lieu favorable à leur évolution ; ils ont ainsi produit la suppuration dans un point éloigné de leur foyer primitif, longtemps après la disparition de la septicémie puerpérale. Il leur fallait, en effet, un certain temps pour s'y développer à l'aise ; leur action a été *phlogogène, pyogène*. Telles sont, sur ce fait intéressant, les vues actuelles que de nombreux faits corroborent. »

Lecture.

M. Schmitt lit un travail intitulé : *Un nouveau cas d'ostéome du moyen adducteur*. (Commission : MM. Périer, Delens et Jalaguier, rapporteur.)

Communication.

Ostéotomie avec glissement de la tubérosité antérieure du tibia dans les fractures anciennes de la rotule.

Par M. Poncet (de Lyon).

Je désigne ainsi une opération que j'ai faite tout récemment dans un cas de fracture ancienne de la rotule. C'est la répétition du procédé opératoire que j'ai communiqué au dernier Congrès de chirurgie, et par lequel, dans un cas de rupture du tendon d'Achille, j'ai mobilisé un fragment du calcanéum pour rapprocher les deux bouts tendineux. Chez le malade que j'ai opéré il y a quelques jours, voici comment j'ai procédé : après avoir, par une incision parallèle à l'axe du membre, mis à nu l'articulation, je l'ai débarrassée de caillots anciens et de quelques tissus fibreux déchirés ; puis, pour rapprocher les fragments, qui ne pouvaient être mis au contact à cause de la rétraction du ligament rotulien,

réduit à une hauteur de quelques millimètres, j'ai détaché la tubérosité antérieure du tibia au moyen d'une scie fine, et, à l'aide d'une cheville d'ivoire, je l'ai fixée plus haut à l'extrémité articulaire. Cette mobilisation faite, j'ai suturé la rotule avec un fil de soie passé à travers le ligament rotulien et le tendon du droit antérieur ; avec ce mode de rapprochement, on n'est pas exposé à voir les fils couper le tissu osseux.

Discussion.

M. Championnière. Je ne dirai qu'un mot sur la très intéressante communication de M. Poncet. J'ai surtout remarqué l'observation analogue qu'il a communiquée au dernier Congrès de chirurgie, et qui a trait à la mobilisation d'un fragment du calcanéum pour réunir les deux bouts du tendon d'Achille divisé. La nouvelle observation dont il vient de nous rendre compte est encore trop récente pour qu'on puisse bien la juger, mais elle nous inspire les réflexions suivantes :

Après les fractures itératives de la rotule, on peut obtenir un résultat fonctionnel excellent, bien que les fragments n'arrivent pas au contact, si on les réunit à distance avec des fils d'argent. Dans un cas, j'ai passé les fils entre l'extrémité supérieure du tibia et le fragment supérieur de la rotule.

Les fils n'ont aucune tendance à couper. Dans deux cas, j'avais employé des fils trop fins ; ils n'ont pas coupé le tissu osseux, ils se sont cassés. Le premier des deux malades a été perdu de vue ; chez le second, j'ai remis des fils plus gros, et, au bout de vingt-sept jours, il a pu marcher convenablement. C'était un homme qui portait de lourds fardeaux, et c'est en faisant un grand effort qu'il avait cassé ses fils. Aussi faut-il en avoir de très gros, et j'en ai fait faire à mon usage par M. Collin.

M. Schwartz. J'ai fait l'année dernière une suture primitive de la rotule, avec un fragment supérieur qui avait à peine 1 centimètre de hauteur. Malgré cette mauvaise condition, ayant mis deux gros fils, j'ai eu un très bon résultat fonctionnel. L'opération est ancienne d'une année, et j'ai des nouvelles toutes récentes de mon opéré.

M. Poncet. Je n'attache pas grande importance au mode de suture, pourvu qu'il y ait contact entre les fragments. J'ai passé mes fils au delà du tissu osseux, dans les tendons, parce que cela m'a paru plus simple. Quels que soient les fils et la manière de les appliquer, du moment qu'ils sont aseptiques, le résultat doit être le même.

Je répondrai à M. Schwartz que, dans mon observation, il s'agit d'une fracture ancienne ; le cas n'a pas d'analogie avec les fractures récentes. Le tendon rotulien était rétracté au point d'avoir seulement quelques millimètres de hauteur, et il fallait bien une opération préliminaire pour combler l'espace.

Je termine en insistant sur un point : ces copeaux osseux détachés se greffent admirablement ; même isolés et dépourvus de pédicule, ils vivent beaucoup mieux que ne le feraient des parties molles. Il ne faut donc pas hésiter à faire des sections complètes pour les bien mobiliser.

Communication.

Cure radicale de la hernie inguinale chez la femme, et en particulier de la hernie congénitale.

Par M. Lucas-Championnière.

Bien qu'on s'y soit fort peu arrêté, la cure radicale de la hernie chez la femme est des plus intéressantes.

Chez la jeune fille, la hernie est une tare considérable, et le port d'un bandage pour elle est tout particulièrement délicat et difficile. Plus tard, les grossesses qu'elle traversera seront des occasions d'accidents herniaires et d'aggravation de son infirmité. Enfin certains caractères de ses hernies et sa moindre aptitude aux travaux de force permettent de prévoir que l'opération est pour elle susceptible de donner des résultats solides et permanents.

Quand on parle de hernie de la femme, on ne parle guère que de hernie ombilicale ou de hernie crurale. La première mérite une histoire tout à fait à part, et la seconde ne diffère pas si complètement de la hernie crurale chez l'homme qu'il faille faire deux histoires séparées pour les deux sexes.

La hernie inguinale au contraire diffère très notablement de la hernie du même nom chez l'homme, et de plus, pour ne pas être aussi fréquente que celle de l'homme, elle n'en est pas moins assez commune. J'ai opéré 14 de ces hernies inguinales chez la femme, tandis que je n'ai opéré que 10 hernies crurales.

Cette hernie a été étudiée surtout au point de vue de la formation de la variété congénitale. La théorie de sa formation la rattache intimement à l'évolution des organes génitaux internes de la femme. La persistance du canal de Nück serait l'origine de ces hernies. Cette théorie me paraît d'autant plus intéressante à considérer, que non seulement je crois les hernies inguinales de

la femme, comme celles de l'homme, plus souvent congénitales qu'on ne le pense, mais j'admets encore qu'elles sont presque toujours, sinon toujours, congénitales.

Comme je le disais plus haut, ces hernies inguinales sont assez fréquentes. Sur mon total actuel de cures radicales de hernies non étranglées, j'ai opéré 14 hernies inguinales chez la femme. Or, si on juge de la congénitalité chez la femme comme chez l'homme, 10 de ces cas étaient des hernies congénitales. Pour les uns, les parents affirmaient que la hernie avait toujours existé; pour les autres, les relations avec les organes génitaux, l'ovaire ou la trompe, étaient telles qu'il était bien difficile d'admettre que l'origine de ces hernies n'était pas contemporaine du développement de ces organes. La présence de la trompe ou de l'ovaire fixé dans la hernie semble avoir quelque analogie avec la présence du testicule en ectopie dans l'aine ou placé au fond des bourses dans le sac herniaire, et j'ai compté comme congénitales les hernies qui présentaient ces caractères. Mais en outre, si on examine de près la constitution du sac herniaire, on constate que dans les hernies non congénitales il peut présenter aussi des caractères qui ne pourraient se rapporter qu'à la congénitalité. Ce caractère, c'est l'existence du ligament rond dans la paroi du sac. Le sac séreux se creuse en gouttière en quelque sorte. Le revêtement séreux du ligament est tellement fondu avec ses fibres qu'il en est absolument inséparable, et le ligament prolonge en quelque sorte le sac jusque dans la grande lèvre. Il y a là, comme je le dirai plus loin, quelque chose de tout à fait différent de ce que l'on observe pour les connexions du sac et du cordon dans la hernie chez l'homme.

Dans le total de mes opérations, je n'en vois que 2 où ces caractères n'avaient pas été assez marqués pour rendre les cas typiques. Mais pour les 12 autres, selon moi, il n'y avait pas de doute possible; le sac séreux n'était pas tout entier de formation récente. Il ne pouvait être dû à un sac séreux chassé devant lui par les viscères dans un trou quelconque de la paroi, au voisinage du canal du ligament rond. Il n'y avait qu'une hypothèse possible : un canal séreux très étroit, ayant le ligament rond pour paroi principale, avait persisté dans la région, par suite de la persistance d'une disposition congénitale. Cette disposition s'était maintenue longtemps sans se manifester ; puis, sous l'influence de quelque cause occasionnelle, la hernie s'était produite, guidée par ce canal étroit et lui empruntant une partie de son étendue.

Comme preuve de cette théorie, on peut noter chez les sujets en question non seulement la fusion de la séreuse et des fibres du ligament, mais la présence de séries de petits kystes existant au

dessous de la cavité herniaire proprement dite et la prolongeant jusqu'à la grande lèvre. On observe un fait du même ordre dans les hernies congénitales de l'homme guéries dans l'enfance et revenues plus tard. Je l'ai signalé bien des fois en opérant, pour montrer que bien des hernies de l'homme indiquées comme formées pendant l'adolescence étaient vraiment des hernies congénitales avec tous leurs caractères.

Comme la hernie congénitale de l'homme, celle-ci comporte plutôt un trou dans la paroi qu'une paroi profondément défectueuse.

C'est là une bonne condition à connaître pour apprécier l'avenir de la cure radicale pour ces sujets. Il y a cependant une ombre au tableau. De même que chez l'homme on voit certaines hernies congénitales coïncidant avec des développements incomplets des testicules, de même chez la femme on rencontre des cas de hernies inguinales avec un développement très imparfait des organes génitaux. Mais, pour la femme comme pour l'homme, ce sont des cas tout à fait exceptionnels, et le plus souvent la femme présente un développement normal, soit que sa difformité soit unilatérale, soit qu'olle n'ait pas empêché le jeu régulier de ses fonctions.

Chez un certain nombre de sujets, le développement considérable de la hernie a coïncidé avec la suite des grossesses.

Dans la plupart des cas que j'ai observés, le volume de la hernie n'était pas très considérable. Cependant la hernie n° 2 de mes statistiques est une des plus volumineuses que j'aie eu l'occasion d'opérer; elle descendait presque sur le genou. Mais c'est là un fait très exceptionnel, et cette hernie est pénible plutôt par d'autres caractères. Elle est souvent incommode, douloureuse et partiellement irréductible. Son irréductibilité peut tenir à des causes diverses. J'ai rencontré dans sa cavité l'épiploon adhérent; j'ai trouvé tout ou partie des annexes adhérentes ou profondément modifiées. Je crois précisément que, si cette hernie est si fréquemment douloureuse, cela tient avant tout aux relations qu'elle a avec les organes génitaux internes. La masse herniée constituée par l'ovaire est tout naturellement douloureuse; mais, en outre, les tiraillements exercés sur l'ovaire et sur la trompe sont bien de nature à occasionner des douleurs. La constitution anatomique même de ces hernies permet de comprendre aisément comment beaucoup de sujets supportent peu ou point le bandage; comment, même quand elle est réductible, la hernie est douloureuse. Aussi beaucoup de malades ne peuvent supporter le bandage, ou, quand elles le supportent, elles en souffrent assez pour réclamer une intervention qui puisse les délivrer de ce supplice.

C'est l'opération de la cure radicale qui permet à la fois de constater ces dispositions et d'y remédier. Aussi, pour ne pas faire

de redites, décrirai-je d'un seul coup l'opération, le procédé et la disposition anatomique de la hernie.

Pour pratiquer la cure radicale de cette variété, l'incision première est à peu près la même que pour la hernie inguinale de l'homme. Toutefois, je recommanderai de tenir son incision le plus élevée possible, même si cela devait gêner un peu, pour ne pas rapprocher trop la plaie de la vulve. Si la hernie est grosse, la découverte du sac est assez simple. Si elle est petite, cette première recherche peut être assez difficile. Pour arriver sans trop tâtonner, il faut, comme je le pratique, aller droit au canal inguinal et rechercher ce sac beaucoup plus de haut en bas que de bas en haut.

Même en cherchant, il ne faut pas compter trouver toujours un sac en doigt de gant facile à isoler. On trouve une masse irrégulière, descendant de l'anneau inguinal externe vers la grande lèvre, et dans cette masse un canal séreux très irrégulier. Celui-ci est confondu avec un cordon fibreux qui descend jusque dans la grande lèvre. Ce cordon fibreux est creusé d'une cavité plus ou moins profonde que j'ai vue divisée en vacuoles. Cette cavité, étroite en bas, communique avec une cavité plus profonde en haut, vers le canal inguinal, et c'est souvent dans la cavité supérieure seulement que pénètrent les viscères. Même en ce point, cette cavité se rencontre dans un sac dont les parois sont très inégales d'épaisseur. Une paroi est fort mince, et l'autre est très épaisse. L'une est réduite à un feuillet séreux assez mince, l'autre n'est que la substance du ligament rond plus ou moins étalé, que l'on reconnaît d'une façon incontestable quand le sac, ayant été bien reconnu, a été largement ouvert.

Dans cette hernie, la détermination et l'étude du ligament rond doivent jouer le rôle principal ; aussi y a-t-il lieu d'insister sur les connexions du sac et du ligament rond.

Quel est le rôle joué par le ligament rond dans la formation du sac herniaire? Il est assez difficile de le définir, et cependant on voit immédiatement qu'il fait partie intégrante de ce sac. Cela est tellement vrai que, si on veut disséquer celui-ci avec soin, il est impossible de ne pas comprendre ce ligament rond. C'est là une différence fondamentale avec la hernie congénitale de l'homme, pour laquelle la dissection du sac et du cordon est toujours possible.

Dans toutes les hernies congénitales, je pourrais dire dans toutes les hernies inguinales de la femme, j'ai retrouvé une disposition analogue. Suivant le volume acquis par la hernie, l'importance du ligament rond dans la paroi est plus ou moins grande. Si la hernie est grosse, le ligament rond occupe seulement un des côtés de la poche herniaire. Si elle est petite, on a peine à trouver

le sac, mais le ligament rond est immédiatement découvert et semble, dans la région, occuper la place principale.

Le cordon fibreux qui descend jusque dans la grande lèvre contracte à la face profonde de celle-ci une adhérence d'une extrême résistance. Si bien que l'on peut dire que toutes ces hernies inguinales sont en connexion avec la face profonde de la grande lèvre. Du côté du sac, la fusion de la paroi du cordon et du ligament rond est telle que, si on cherchait à détacher celui-ci du ligament, ce serait chose impossible.

Aussi, j'ai l'habitude, dans la cure radicale de ces hernies, de procéder tout autrement. C'est le ligament rond que j'attaque primitivement. Je vais d'abord détacher le cordon fibreux du fond de la grande lèvre. Ce détachement fait, je dissèque de bas en haut en marchant vers l'orifice inguinal externe, et je rencontre le sac, en m'en rapprochant s'il n'était pas assez grand pour descendre lui-même dans la grande lèvre. Il devient facile ici de distinguer le ligament rond à son passage dans le canal inguinal. Dans la dissection du sac qui sera faite, il faudra exercer simultanément des tractions sur la partie solide constituée par le ligament et sur la partie moins solide formée par le sac séreux lui-même.

Cette double dissection peut être portée très loin et doit être portée très loin. Pour cela, je dissèque le ligament comme le sac séreux jusque dans le ventre.

Cette dissection très élevée comporte évidemment certaines précautions tout indiquées par la nature des organes intéressés. Il faut avant toute dissection reconnaître les parois du sac jusqu'à une grande hauteur. Le doigt introduit dans le ventre permet seul de faire cette exploration. En le faisant, on apprécie les connexions de la hernie avec les annexes, comme je vais le dire tout à l'heure. Mais on voit surtout jusqu'à quelle hauteur il est possible d'aller sans compromettre aucun organe utile. Ceci fait, la ligature en chaîne est exécutée et ligament rond et sac sont réséqués.

Je fais remarquer ici que, dans tous les cas que j'ai opérés, j'ai réséqué une étendue considérable du ligament rond, que l'on raccourcit et réinsère avec tant de soin dans certaines opérations. Or, je n'ai jamais vu que cette résection entraînât aucun accident, aucun inconvénient, et j'ai suivi très attentivement les sujets à ce point de vue. Il est probable que le ligament se réinsère sur la paroi abdominale à la face profonde et que cette insertion suffit au ligament pour jouer son rôle de soutien.

Quant à l'ovaire, ou il a été rencontré dans le sac, ou, en explorant cette partie supérieure et en pénétrant dans le ventre, je l'ai trouvé au voisinage de l'orifice du sac. Or, l'examen de cet ovaire me l'a montré à des états très différents. Je l'ai trouvé normal,

mais je l'ai trouvé d'autres fois complètement dégénéré, et dans ces cas je l'ai enlevé pour faire d'une pierre deux coups. Deux de ces ovaires étaient transformés en kystes au point d'être méconnaissables. Dans un cas, l'ovaire fusionné avec la trompe formait une masse kystique adhérente à l'épiploon et aux parties voisines. Naturellement, j'en ai pratiqué l'ablation. Bien entendu, dans le cas d'ovaire normal, je n'ai pas pratiqué d'ablation, mais il m'est arrivé aussi de trouver un ovaire complètement atrophié; dans ce cas encore, j'ai laissé en place un organe inutile, mais qui ne me paraissait pas pouvoir causer de souffrances ni d'accidents.

Pour apprécier ces différents états, quoi de plus simple? Déjà le doigt introduit dans l'orifice herniaire, en suivant le ligament comme je l'ai dit, arrive sur l'ovaire et le touche assez facilement pour apprécier ses apparences. Mais si le moindre doute existe sur ces apparences, rien n'est plus facile que d'attirer ces organes au dehors et de constater leur état par la vue. J'ai presque toujours pratiqué cet examen avant de prendre un parti.

Il est bien entendu que, s'il existait des adhérences viscérales dans le sac, en particulier des adhérences épiploïques, il faudrait que toutes eussent été rompues et bien détachées avant que ces temps de l'opération fussent exécutés.

Lorsque toutes les connexions extérieures du sac ont été détruites, lorsque son contenu a été méthodiquement traité, lorsque la séreuse a été réséquée et fermée, la défense par la cicatrice reste à préparer. Or, dans cette variété de hernie, on peut procéder d'une façon particulièrement complète.

J'ai commencé par ouvrir le canal assez largement. Comme je ne crains pas de prolonger cette ouverture, ma dissection du sac séreux est ainsi, comme toujours, portée très haut. Cela me laisse une surface cruentée très large et me permet de prendre, pour refermer le canal, les tissus très largement. Pour le canal inguinal de la femme, on peut procéder plus hardiment encore que pour l'homme. Il n'y a aucun ménagement à garder; on peut rapprocher les points de suture, leur faire enserrer toute la périphérie du canal et constituer une masse dure et solide dans la région, ne rappelant en rien les sutures que l'on a conseillé de faire sur les piliers. Il m'est arrivé de terminer certaines de ces opérations sans drainage. Mais, même pour de petites plaies, en principe, je préfère drainer.

Les suites ont été très simples; et comme je n'ai eu aucune occasion de supprimer les ovaires des deux côtés simultanément, je ne puis dire quelle influence cette opération peut avoir sur les règles.

Ce qui est facile à constater, par exemple, c'est l'excellente influence que l'opération a sur la hernie. Ce sont des sujets qui restent bien guéris; la paroi abdominale est bien défendue. Les

femmes ayant, du reste, moins d'occasions d'efforts violents que les hommes, les chances de récidive sont toujours moindres que chez l'homme.

Mais c'est au point de vue de la douleur que les suites de ces opérations sont surtout remarquables. Les sources de la douleur sont multiples pour ces hernies, et l'opération doit porter remède à toutes. Le sac contient souvent des adhérences viscérales. Si l'ovaire descend dans le canal de la hernie, les douleurs s'expliquent tout naturellement, et je l'ai trouvé formant une tumeur sur laquelle avaient porté tous les bandages intolérables qui avaient été essayés. Enfin, même quand l'ovaire ne fait pas issue hors de l'abdomen, il est voisin de l'orifice et le sac distendu exerce une véritable traction sur lui et sur la trompe. Toutes ces actions diverses ont été supprimées par l'opération. Les malades vous disent, du reste, une fois délivrées, qu'elles étaient auparavant toujours en proie à une constante souffrance, et qu'elles n'ont idée du calme et du repos que depuis l'opération.

On peut craindre pour la récidive de ces hernies l'évolution d'une grossesse. Cette circonstance présente, en effet, des chances de récidive. Mais il ne faut pas se les exagérer. La plupart des hernies congénitales de la femme que j'ai eu l'occasion d'opérer étaient petites et donnaient, par conséquent, des chances plus considérables pour la permanence des résultats. Mais une de mes opérations les plus anciennes est celle d'une femme atteinte d'une énorme hernie inguinale. Or, malgré les conditions très défavorables dans lesquelles elle s'est trouvée, malgré un travail très dur, avec une misère intense, elle a pu depuis l'opération franchir deux grossesses sans que la hernie ait récidivé. On voit que j'ai le droit de supposer que les hernies opérées dans des conditions bien plus favorables ont encore de bonnes chances de résister à l'action perturbante de la grossesse.

J'estime même, d'après les suites de mes opérations, qu'après la cure radicale pour ces hernies des femmes, le port d'un bandage est moins utile, moins obligatoire encore qu'après la cure radicale chez l'homme. Les conditions qui peuvent favoriser le creusement d'un nouveau trajet herniaire sont bien loin d'être aussi puissantes que chez l'homme. La fissure intermusculaire que présente le passage du cordon n'existe pas dans ces cas, puisque le ligament qui en joue le rôle a été supprimé.

L'accolement des parois musculaires pour constituer la cicatrice est bien plus parfait. Sur la partie superficielle de la cicatrice du canal, on peut encore ramasser le tissu cellulaire sous-cutané assez épais qui se trouve au voisinage du pubis.

Le sac, dont les parois ont été rapprochées pour constituer le

moignon, est ordinairement très épais, de telle sorte que ce moignon est lui-même d'une grande densité, bon élément pour la formation d'une cicatrice péritonéale bien résistante à tous les efforts.

Si donc on suppose un sujet jeune, chez lequel la réparation se fait ordinairement le mieux, on conçoit bien qu'on pourra rapidement lui faire abandonner tout bandage. Or, cette observation mérite toute notre attention, car le désir de voir disparaître la sujétion du bandage mène très souvent les jeunes filles ou leurs parents à demander la cure radicale de ces hernies. Surtout dans le cas de hernie petite, je pense qu'on doit la leur promettre dans un délai très rapproché. Je dois dire que presque toutes mes opérées ont même rapidement supprimé, non le bandage, *car je n'en fais pas porter*, mais cette ceinture dont j'ai donné la description et qui est destinée à protéger la cicatrice pendant qu'elle achève de se former.

Observations.

Obs. I. — B... (Maria), 30 ans, domestique. Entrée le 5 juillet 1881. Envoyée par le Dr Dambax. Hernie inguinale droite énorme datant de son premier accouchement à 17 ans, il y a treize ans. Gêne, pesanteur, tiraillements dans l'aine droite. Depuis dix ans, grosseur comme une noisette, réductible, douloureuse aux règles. Il y a un an, volume d'une orange; un bandage ne maintient pas la hernie et empêche la réduction. Volume énorme dans la station debout; descend jusqu'au genou. Anneau large. Sonorité à la percussion.

Opération, le 5 juillet 1881. — Deux grandes incisions semi-elliptiques. Sac disséqué jusque dans le ventre (5 catguts sur le pédicule). Résection. Peau avivée en dehors de la plaie pour fermer la baie et fixée par 2 ou 3 catguts perdus; 31 crins de Florence. Sort le 1er août; bandage à large pelote triangulaire.

Revue neuf ans plus tard en très bon état malgré deux grossesses.

Obs. II. — B... (Marie), 38 ans, journalière. Entrée le 21 janvier 1885. Hernie inguinale droite datant de douze ans à la suite d'efforts de défécation; hernie droite, comme un œuf de poule, qui rentra spontanément dans les vingt-quatre heures; mais il persista des douleurs dans l'aine et la station debout. Pas de bandage. Le 1er janvier 1885, réapparition de la tumeur; hernie inguinale droite irréductible, comme une orange, douloureuse à la pression.

Opération, le 23 janvier 1885. — Incision, ouverture du sac. Ecoulement de liquide brun non fétide. Epiploon sain très adhérent. Sac disséqué très loin, sutures profondes; crins; 1 drain. Suites simples; sort avec un bandage.

Obs. III. — Mme G..., 42 ans. Hernie inguinale droite de l'ovaire

avec épiploon, fusion de ces éléments dans la grande lèvre. Dataient de 18 ans; douleurs vives aux règles.

Opération, le 7 juin 1887. — Extirpation de l'ovaire et de l'épiploon hernié sans opération intra-abdominale. Résection à la partie supérieure du canal sans pouvoir abaisser la séreuse. Guérison complète le douzième jour. Nouvelles deux ans après: résultats des plus satisfaisants. Plus de douleurs; pas de bandage.

Obs. IV. — L... (Marguerite), 50 ans, marchande des quatre saisons. Entrée le 13 août 1887. Mort le 11 novembre 1887. Hernie inguinale gauche énorme, douloureuse, sans vomissements, jamais réduite, datant de 1870.

Opération, le 30 août 1887. — Incision. Sac avec beaucoup de gros et petit intestin. Réduction laborieuse. Enorme cordon traversant le sac (ligament rond). Dissection étendue; ovaire proémine dans l'orifice (5 catguts sur le pédicule). Mort le 11 novembre 1887, deux mois et demi après l'opération, dont la plaie était guérie.

Nécropsie. — Splénisation du poumon, ulcérations intestinales; œdème. Localement: surface cicatricielle étoilée, sans trace de dépression; plutôt un peu de saillie; paroi cicatricielle très solide.

Cette femme, opérée pour cause de douleurs intolérables, a guéri de son opération, malgré l'état de ses poumons, la toux et les accidents qui l'ont emportée deux mois et demi plus tard.

Obs. V et VI. — S... (Marie-Louise), 52 ans. Entrée le 24 août 1887. Hernie inguinale des deux côtés. A droite, hernie très ancienne, petite, toujours douloureuse, engouée. A gauche, hernie inguinale assez volumineuse, douloureuse, très mal contenue, formée par l'ovaire, la trompe et une faible portion d'épiploon.

1re *Opération*, le 30 août 1887 (à droite). — Incision. Sac très épais, pas de viscères, mais cloisonnement, disséqué très loin. Cordon descendant dans la grande lèvre (ligament rond). Six mois plus tard, très heureuse des résultats, elle demande la deuxième opération.

2e *Opération*, le 14 février 1888 (à gauche). — Sac épais. Epiploon adhérent au sac, réséqué 4 grammes. Derrière, trompe et ligament rond. Ovaire altéré, pédiculisé avec la trompe et réséqué (2 fils). Dissection du sac très loin; 2 fils sur les débris du ligament rond. Excision 3 sutures perdues. Sort en très bon état; résultats complets.

Revue l'année suivante.

Obs. VII. — C... (Clémentine), 28 ans, domestique. Entrée le 1er août 1888. Hernie inguinale droite, sans doute congénitale, comme un œuf de poule, pâteuse, douloureuse.

Opération, le 9 août 1888. — Sac avec liquide abondant et deux ou trois petits kystes. Paroi interne formée en partie par le ligament rond hypertrophié et par l'ovaire détruit ayant formé une portion épaisse

contenant des kystes. Dissection laborieuse du sac (2 fils); 3 catguts perdus; 1 drain.

Revue quatre mois plus tard; très bon état, pas d'impulsion, bonne cicatrice.

Obs. VIII. — Mlle G..., 19 ans. Hernie inguinale congénitale gauche. Douleurs depuis deux ans. Bandage double. Médiocre saillie.

Opération, le 18 mai 1890. — Sac facile, vide, disséqué et réséqué très haut avec le ligament rond (2 fils); 1 drain.

Revue en mai 1891, un an après. État parfait, pas de douleur ni de bandage.

Obs. IX. — Mlle C..., 28 ans. Hernie inguinale droite congénitale. Bandage très douloureux. Violentes douleurs par la hernie.

Opération, le 4 juin 1890. — Incision, sac facile. Il se présenta dans le sac un kyste comme une noix, très tendu, attenant à l'ovaire dégénéré, réséqué avec une partie de la trompe (2 fils); 1 drain.

Nouvelles en mai 1891. Très bon résultat, pas de bandage; douleurs disparues; règles normales.

Obs. X. — B... (Philippine), 29 ans, domestique. Entrée le 8 novembre 1890. Hernie inguinale droite, évidemment congénitale, depuis deux ans, intermittente, douloureuse. Petite saillie au-dessus de la vulve.

Opération, le 8 janvier 1891. — Dissection d'une poche très dure allant vers le sommet de la grande lèvre et communiquant par un canal très étroit avec l'abdomen et un *infundibulum* long attiré et disséqué (2 catguts); 8 catguts perdus; 1 drain. Suites très simples.

Obs. XI. — Mme W..., 28 ans. Hernie inguinale gauche congénitale occasionnant de violentes douleurs.

Opération, le 20 janvier 1891. — Incision. Sac facile. Il renferme l'ovaire petit mais d'apparence saine; il est réduit. Sac disséqué très haut, pédiculisé et réséqué. Au mois de mai, état parfait, après cinq mois.

Obs. XII. — Mlle St..., 28 ans. Hernie inguinale droite congénitale.

Opération, le 4 mars 1891. Incision. Sac facile, grand, sans épiploon. Le ligament rond est compris dans la paroi à la partie interne du sac. Sutures. Bandelette iodoformée en guise de drain. A la fin de mai, état parfait, après trois mois.

Obs. XIII. — Mlle D... (Lucie), 20 ans, femme de chambre. Entrée le 20 février 1891. Hernie inguinale gauche congénitale; ne daterait que de 1887. Bandage très douloureux.

Opération, le 13 mars 1891. Incision. Le sac et le ligament rond sont facilement détachés de la grande lèvre. Sac disséqué très loin et pédiculisé; 4 sutures perdues; 10 crins; 1 drain.

Obs. XIV. — Mme S... (Jeanne), 22 ans, cuisinière. Entrée le 31 mars 1891. Hernie inguinale gauche peu volumineuse, douloureuse, datant de quatre mois. A la suite d'une fausse couche en juillet 1890, elle s'aperçoit de la hernie. Douleurs dans la station debout. Trois grossesses normales.

Opération, le 23 avril 1891. Incision. Sac épais et cloisonné. Ligament rond net en dehors, peu adhérent à la grande lèvre, détaché facilement. Épiploon réséqué (25 gr.) maigre. L'ovaire touché paraît sain. Pas de drain.

Discussion.

M. Routier. L'année dernière, j'ai été mandé à l'hôpital pour une hernie inguinale volumineuse étranglée, chez une femme. Cette hernie existait depuis l'enfance. J'ai été frappé de la petitesse du trajet herniaire et de la mobilité de l'étranglement, qu'on attirait facilement au dehors. Il y avait persistance d'un canal inguinal non déformé, malgré le gros volume de la hernie, et après la cure radicale, il me sembla qu'il n'y avait pas de point faible dans la paroi abdominale.

La malade a guéri de l'opération, mais je l'ai perdue de vue.

M. Poncet. J'ai fait deux fois la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme. Dans un cas, fille de 18 ans, hernie inguinale double; épiploon adhérent d'un côté, de l'autre entérocèle pure. Dans le second cas, petite entéro-épiplocèle. Mes opérations datent de dix mois et de cinq mois; les opérées ne portent pas de bandage, et, quant à présent, elles sont radicalement guéries.

Présentation de malade.

M. Poirier présente un malade auquel il a suturé la *clavicule* pour une *fracture comminutive* (rapporteur, M. Jalaguier).

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

G. Richelot.

Séance du 3 juin 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Hystérectomie abdominale, ovariotomie double*, par M. Chénieux, membre correspondant ;

3° *Étude sur l'adénie ou pseudo-leucémie* (*maladie de Hodgkin*), par M. Crocq fils (de Bruxelles) ;

4° M. Monod offre à la Société de chirurgie le portrait de son père, membre fondateur et ancien président de la Société.

5° M. le Dr Védrènes adresse la lettre suivante au secrétaire général :

Monsieur et cher Collègue,

J'ai vu avec regret que la grosse erreur qui avait été commise sur mon nom et sur celui de Troja n'avait pas été rectifiée à la fin du dernier volume de nos *Bulletins*.

A la page 60 des *Bulletins de la Société de chirurgie* pour 1890, on lit, en effet, les noms de Trajan pour *Troja*, et Vestremer pour *Védrènes*. Dans la table de 1890, il y a encore Vestremer au lieu de *Védrènes*.

En vous signalant ces erreurs, je vous serai reconnaissant d'insérer une note dans le prochain volume, pour ne pas laisser subsister indéfiniment cette erreur choquante.

Veuillez agréer, etc.

Dr Védrènes,
Inspecteur du service de santé de l'armée, en retraite.

A propos du procès-verbal.

Sur la cure radicale des hernies inguinales chez la femme.

M. Paul Berger. Dans le travail récent que je vous ai commu-

niqué sur quelques variétés rares de la hernie inguinale chez la femme (séance du 15 avril 1891), j'ai omis à dessein de vous décrire les procédés de cure radicale que j'emploie dans les cas de ce genre, comptant prochainement vous faire part de la technique que j'ai adoptée pour l'exécution de la cure radicale, tant chez l'homme que chez la femme. Mais puisque la communication de M. Lucas-Championnière appelle la discussion sur ce sujet, je vais vous indiquer quelques-uns des points sur lesquels mon observation et ma pratique s'écartent des siennes sur ce sujet.

Les hernies inguinales que j'ai eu à traiter chez des femmes m'ont paru appartenir à deux espèces différentes : les unes, que je considère comme des hernies acquises, ont un sac plus ou moins grand, plus ou moins épais, mais toujours facile à séparer des parties environnantes.

Comme la hernie ne présente de rapports importants avec aucun organe, qu'il n'y a ni vaisseaux ni conduit analogue au canal déférent qu'il faut respecter chez l'homme, l'isolement du sac peut se faire très rapidement, sans grandes précautions, sans qu'il soit nécessaire d'isoler le feuillet séreux du sac de son enveloppe fibreuse, et cet isolement peut être conduit sans risques et sans difficultés jusque dans la région rétro-pariétale, où il se continue avec le péritoine adjacent.

Au contraire, dans les hernies que je considère comme d'origine congénitale, c'est-à-dire comme développées dans le canal de Nuck, incomplètement oblitéré, et dont j'ai indiqué les principaux caractères anatomiques dans ma communication, le sac est plus ou moins adhérent au ligament rond. Il n'est néanmoins pas nécessaire, au moins dans la majorité des cas, pour l'extirper d'une manière complète, d'enlever en même temps la partie correspondante du ligament rond, ainsi que le pense M. Lucas-Championnière. Dans un seul cas, j'ai éprouvé une grande difficulté à isoler de ce ligament le feuillet séreux du sac ; je n'ai pu y arriver que par une dissociation longue et minutieuse, opérée avec les doigts, car je n'emploie jamais d'instrument dans l'isolement du sac herniaire. J'ai isolé de la sorte une pellicule séreuse, mince comme la plus mince couche de baudruche, mais pourtant continue. Il est vrai qu'en le faisant j'avais attiré et dénudé une grande longueur du ligament rond, si bien que, ce temps de l'opération achevé, je vis une longueur de 7 à 8 centimètres du ligament rond qui était sortie du trajet inguinal, et que je ne cherchai d'ailleurs ni à réséquer ni à fixer au dehors. L'isolement complet du sac peut donc s'obtenir dans ces cas, et il ne présente pas plus de difficultés que lorsqu'il s'agit des hernies congénitales chez l'homme ; je ne crois donc pas qu'il faille, de propos délibéré, extirper dans le sac une

certaine longueur du ligament rond ; ce n'est pas que cela présente de grands inconvénients, mais je n'en vois d'autre part ni l'utilité ni la sécurité.

Je ne crois pas non plus qu'il faille chercher à reconnaître l'ovaire ou la trompe. L'opération a un but déterminé : la cure de la hernie ; il ne faut la compliquer d'aucune surcharge, si celle-ci ne s'impose pas d'elle-même, et éviter surtout les manœuvres intra-péritonéales. Dans un cas, j'ai vu la trompe se présenter à l'orifice ; je l'ai refoulée et j'ai fermé le péritoine exactement en avant d'elle par la ligature, qui me permit d'extirper le sac herniaire. Si ces organes se présentaient et paraissaient malades, je verrais ce que j'aurais à faire ; peut-être en pratiquerais-je l'extirpation par cette voie ; mais je ne crois pas qu'il faille prendre occasion d'une opération de cure radicale pour inspecter les organes pelviens et pour se lancer accessoirement dans une autre opération plus complexe et plus grave que celle que l'on s'était mis en devoir de pratiquer.

Sur plusieurs points du manuel opératoire, d'ailleurs, ma manière de faire diffère de celle de M. Lucas-Championnière.

Je remonte, bien entendu, comme lui, dans l'isolement du sac et du péritoine adjacent, le plus haut possible au-dessus de l'anneau inguinal profond, décollant le tissu cellulaire sous-péritonéal du fascia transversalis tout autour de cet anneau, avec l'extrémité du doigt, ainsi que Mitchell Banks, Barker et bien d'autres ont depuis longtemps conseillé de le faire. Comme M. Lucas-Championnière, je pédiculise le péritoine bien au-dessus du collet ; je l'étreins avec deux ou plusieurs ligatures disposées en chaîne et faites avec un catgut fort, et j'excise le sac au moyen d'une section passant au-dessous de cette ligature. Mais au lieu de laisser le pédicule ainsi constitué se rétracter simplement dans le ventre, je le fixe au-dessus de l'anneau inguinal profond de la façon suivante, préconisée par Arthur E. Barker : je passe successivement les deux chefs de la ligature qui étreint le pédicule dans le chas d'une aiguille à manche fixe ; je les porte le plus haut possible dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et je les fais traverser d'arrière en avant la paroi abdominale, l'un en dehors, l'autre en dedans de la partie supérieure de l'anneau interne ; puis je les unis par un nœud en avant de l'aponévrose du grand oblique. Le pédicule du sac est ainsi attiré et fixé très haut au-dessus de l'anneau inguinal profond, et je fais ainsi disparaître toute tendance à la reproduction immédiate ou consécutive d'une dépression infundibuliforme du péritoine au niveau de l'anneau inguinal profond, qui se trouve en même temps resserré par la ligature qui étreint la paroi abdominale au-dessus de lui.

Mais où ma pratique diffère surtout de celle de notre collègue, c'est dans l'oblitération du trajet herniaire et dans la reconstitution d'une paroi abdominale résistante à ce niveau. Au lieu de me borner à étreindre par quelques points de suture toutes les parties molles quelconques qui se présentent, au lieu même d'étreindre *en masse*, par ces points de suture, les surfaces cruentées du trajet herniaire, je fais une suture à étages de la paroi abdominale, méthodiquement exécutée, ainsi que Bassini a conseillé de le faire.

Il faut dire que, pour découvrir et isoler le sac, dès les premiers temps de l'opération, j'ai largement fendu la paroi antérieure du trajet inguinal, en sectionnant l'aponévrose du grand oblique depuis l'anneau externe jusqu'au niveau et même plus haut que l'anneau inguinal profond. Seule cette incision permet de suivre le sac jusqu'au péritoine et de bien voir ce que l'on fait dans sa dissection ; seule elle permet de juger de l'état de l'anneau profond, plus ou moins dilaté, et de procéder à la suture que je vais décrire.

L'aponévrose du grand oblique étant fendue, on trouve la face antérieure du muscle petit oblique qui recouvre le trajet herniaire, et sous le bord inférieur duquel la hernie se dégage pour sortir par l'anneau interne. Le sac ayant été excisé et le pédicule traité ainsi que je l'ai dit, je fais récliner en haut le muscle petit oblique jusqu'à ce que je voie distinctement l'anneau inguinal profond : le fond de la plaie est alors constitué par les fibres souvent très grêles du muscle transverse, plus en dedans par une aponévrose blanche et résistante qu'il est toujours possible de découvrir en grattant un peu avec la sonde cannelée la partie profonde, interne et supérieure de la gouttière constituée par le trajet inguinal. Vers le bord inférieur de cette gouttière, en arrière de l'aponévrose du grand oblique, le doigt sent nettement une corde tendue constituée par la lèvre interne de l'arcade de Fallope. Alors, avec un fort fil de soie, monté sur une aiguille courbe à manche fixe, je passe un premier point de suture, étreignant en dehors et en bas le bord interne de l'arcade de Fallope, en dedans et en haut l'aponévrose du transverse, le plus près possible du bord du muscle droit de l'abdomen. Ce point étant serré, je continue, par une suture en surjet très serrée, de réunir l'aponévrose du transverse à l'arcade de Fallope en descendant jusqu'à ce que je trouve le ligament de Colles, sur lequel j'arrête cette suture profonde. Toute la paroi postérieure du trajet inguinal est ainsi resserrée, froncée, ses parois fibreuses solidement réunies par une suture continue, l'anneau inguinal profond est resserré, chez la femme même fermé complètement, par cette suture, et quand on explore avec le doigt

cette paroi profonde du trajet inguinal, on sent un plan ferme, résistant et parfaitement capable d'opposer un obstacle efficace à la poussée des viscères.

Je laisse alors le petit oblique recouvrir cette suture, et je réunis les lèvres de l'incision de l'aponévrose du grand oblique par une autre suture, également continue, en surjet, faite avec de la soie, en ayant soin de comprendre dans cette suture tout ce qu'elle peut étreindre de l'aponévrose en question. Les plans fibreux de la paroi abdominale étant ainsi reconstitués, il ne me reste plus qu'à fermer l'incision des téguments par une suture ordinaire au crin de Florence, que je fais sans établir de drainage. Un pansement au salol, une forte compression établie sur le trajet inguinal, sont laissés en place jusqu'au dixième ou onzième jour, époque à laquelle j'enlève les points de suture superficielle. Je n'ai jamais eu ni suppuration, ni suintement, ni désunion dans tous les cas où j'ai fait cette réunion immédiate, complète, sans drainage, chez la femme.

La cicatrice ainsi obtenue m'a toujours paru ferme et dans les meilleures conditions de résistance ; je n'ai jamais, chez la femme, vu survenir de récidive, et plusieurs de mes malades ont été revues six mois et plus après l'opération ; je ne leur ai point fait porter de bandage.

J'ai fait depuis deux ans, chez l'homme, un fort grand nombre d'opérations par ce procédé, plus difficile à appliquer chez lui que chez la femme ; les résultats que j'en ai obtenus m'ont paru supérieurs à ceux que m'avaient donnés les autres manières de faire, notamment le procédé de Macewen, auquel j'avais recours auparavant. Je m'explique cette supériorité par les garanties plus grandes que doit donner une suture à étages de la paroi abdominale, suture à laquelle nous avons tous recours à la suite des laparotomies ordinaires, et qui a fait diminuer beaucoup le nombre des éventrations consécutives à ces opérations.

Je ne saurais assez le répéter, on ne saurait apporter trop de soin à la reconstitution d'une paroi abdominale solide au niveau du trajet inguinal ; c'est un acte qui mérite au moins autant d'attention que l'extirpation complète du sac herniaire et du péritoine adjacent, et c'est sur ce point surtout que je crois qu'il faut ajouter quelque chose aux précautions que prend M. Lucas-Championnière pour assurer le succès définitif de l'opération. J'ajoute que les considérations sur lesquelles je viens d'appeler votre attention ne me sont pas personnelles, mais qu'en Angleterre, en Allemagne, en Italie, on se préoccupe depuis longtemps de ce temps important de la cure radicale, bien plus que ne paraissent le faire la plupart des chirurgiens français.

La cure radicale de la hernie inguinale chez la femme est d'ailleurs une opération simple, bien plus facile et ne prêtant pas aux mêmes difficultés opératoires que celle des hernies inguinales de l'homme : elle est donc à conseiller sans arrière-pensée chez toutes les femmes jeunes et bien portantes.

M. Championnière. Sur bien des points je ne saurais partager les opinions de M. Berger. Cela peut tenir à ce qu'il les a fondées sur quelques cas particuliers, tandis que j'ai présenté cette étude après avoir pratiqué un assez grand nombre d'opérations pour pouvoir émettre des opinions très générales. M. Berger ne nous a pas dit, en effet, combien de ces hernies il a opérées et combien de fois il a rencontré les particularités sur lesquelles il insiste.

C'est ainsi qu'il nous indique la conduite à tenir lorsqu'il n'y a pas d'adhérences du sac. Or, j'ai parlé précisément pour faire remarquer que le sac présente toujours des adhérences dues à sa fusion avec le ligament rond, et j'ai dit que dans 12 cas sur 14 que j'ai opérés, j'avais trouvé cette adhérence. Cela a même été pour moi un des arguments pour affirmer que la plupart de ces hernies, qui ne passent pas pour congénitales, le sont bien, et leur fusion avec le ligament rond en est un témoignage.

J'ai dit encore que cette hernie congénitale différait sensiblement de la hernie congénitale chez l'homme parce que, pour celui-ci, la dissection du sac m'a toujours été possible, même dans les cas de fusion la plus intime avec le cordon, tandis que la séparation du ligament rond serait impossible dans un nombre considérable de cas. Ce n'est pas une membrane séreuse très mince qu'il faudrait détacher du ligament rond, mais un simple revêtement épidermique. Cette dissection étant du reste parfaitement inutile, il n'y a pas lieu d'y insister.

A quoi peut bien vous servir cette dissection du ligament rond que vous conservez dans le canal inguinal pour maintenir béante la voie nécessaire pour la récidive? Je ne vois vraiment pas d'autre raison à cette conservation.

M. Berger ne voit pas d'utilité à inspecter les ovaires et les trompes si elles ne sont pas dans le champ opératoire. Mais c'est là précisément le fond de ma communication. Je crois avoir démontré que les relations de cette hernie avec le développement des organes génitaux internes avec leurs difformités, avec leurs adhérences, le voisinage et les connexions du sac et de ces organes génitaux vous font un devoir de cette exploration, qui sera faite pour le plus grand bien des malades et sera une occasion de faire disparaître des causes importantes de douleurs.

M. Berger insiste beaucoup sur une manœuvre qui consiste à

fixer le pédicule séreux de la hernie en un point voisin de l'orifice inguinal profond. C'est là quelque chose d'analogue à ce que fait Mac Even en fixant le sac refoulé au-dessous du péritoine. Je lui ferai remarquer que cette manière de faire, peut-être utile avec son procédé, est absolument inutile avec le mien. Je forme mon pédicule séreux en découvrant le haut du canal inguinal, puis j'exerce des tractions sur le péritoine. Il s'ensuit qu'une fois mon pédicule ligaturé puis coupé, le moignon en question remonte de lui-même et sans qu'il soit besoin de le fixer avec un fil. Il n'y a pas d'infundibulum possible et la surface cruentée située au dessous et résultant des décollements que j'ai faits va être le siège de la formation d'une cicatrice qui nous défendra de toute dépression nouvelle du péritoine. J'ai la prétention, sans fixer ce moignon avec un fil, de lui permettre d'aller infiniment plus haut que ne peut le faire M. Berger avec son anse de catgut.

Je ne reproche pas à M. Berger de se servir de la soie, si elle lui agrée davantage que le catgut, mais je crois que les raisons qu'il nous a données pour rejeter l'emploi du catgut sont de simples vues de l'esprit; aucune observation ou aucune expérience ne les justifie. On n'a jamais vu le catgut suffisamment fort employé pour faire les sutures perdues disparaître avec la rapidité que l'on accuse. Tous ceux qui ont fait des sutures à l'extérieur en attendant l'élimination spontanée du bout du fil, savent qu'elle demande un temps assez long pour se produire. Cela donne bien des fois le temps nécessaire à une bonne cicatrisation. En revanche, tandis que la soie a une tendance à sectionner les tissus qu'elle enserre et surtout les fibres musculaires, le catgut ne coupe pas mais il se fusionne avec les parties qu'il réunit; il forme avec eux une sorte de gangue dans laquelle se fait une organisation nouvelle. Il participe par là à la formation de la cicatrice; il la soutient et lui donne de la solidité. Voilà pourquoi je continue à employer le catgut qui m'a donné, dans un nombre considérable de cas, toute satisfaction et aucun des déboires annoncés par M. Berger.

Mais cette querelle fût-elle justifiée par les faits, qu'elle n'aurait qu'une importance relative, car on aurait tort de s'exagérer l'importance de telle ou telle forme de suture sur le résultat final. Sans doute, à mesure que j'ai pris de l'expérience et de la hardiesse, j'ai passé des fils plus nombreux, plus profonds, plus hardiment conduits. J'ai pu arriver à de meilleurs résultats que lors de mes débuts. Il en est ainsi pour tous ceux qui pratiquent communément une opération; on arrive à la faire de plus en plus parfaitement. Mais dès le début, alors que je faisais moins de sutures, j'avais de très bons résultats, des défenses excellentes par une cicatrice puissante. Cela tenait avant toutes choses à la

grande étendue des surfaces cruentées que je forme par des dissections minutieuses. Il en résulte que, même si je ne fais pas de sutures profondes, il se fait profondément un travail de réunion qui soutient la région et présente une cicatrice puissante là où était une paroi faible.

C'est pour cela que j'ai toujours dit : il n'y a pas lieu de s'arrêter à la réunion des piliers ; cette réunion délicate est infaisable. Il faut ramasser ensemble et amener à se condenser toutes les surfaces cruentées formées dans la région. Je ramasse avec les fibres musculaires, avec le tissu fibreux, les masses cellulaires, et plus la cicatrice que je forme est épaisse, plus je suis satisfait.

Le mérite de l'opération de Bassini ne me paraît pas être celui que vous signalez, à savoir, une réunion très exacte des parois du canal divisé. Son véritable mérite, c'est qu'en poursuivant ce but, il ouvre hardiment le canal, porte très haut la dissection de la séreuse, ce que j'ai toujours recommandé avant tout, et réunit solidement le trajet. Quant à la minutie avec laquelle il décrit ce qu'il appelle la reconstitution du canal autour du cordon, c'est un point très secondaire, et quand on a fait une dissection profonde, cette minutie n'est guère de mise.

En ce qui concerne, du reste, la hernie inguinale de la femme, cette reconstitution du canal n'aurait aucune raison d'être, puisque la seule manière raisonnable de procéder consiste à vider entièrement ce canal. J'ai eu l'occasion de faire remarquer que heureusement chez la femme, l'extrémité inférieure du canal n'offrait pas cette absence de résistance observée souvent chez l'homme ; et c'est là un nouvel encouragement à pratiquer chez la femme une opération qui donnera un résultat plus solide encore que chez l'homme.

En terminant, je rappelle que pour cette hernie comme pour les autres, la supériorité que j'attribue à ma méthode opératoire est fondée sur ce que je porte la destruction de la séreuse le plus haut possible en fendant hardiment le canal. Je défends la région par la cicatrice la plus étendue que je puisse obtenir avec une surface cruentée de grande étendue et des sutures réunissant tous les points possibles. Enfin je traite le contenu de la hernie en enlevant non seulement son contenu actuel mais son contenu éventuel, soit tout l'épiploon que je puis attirer dans mon champ opératoire et certains organes devenus inutiles.

M. Berger. M. Championnière me demande combien j'ai opéré de hernies inguinales chez la femme : j'ai huit observations. Quatre de ces hernies étaient certainement congénitales ; une cinquième, interstitielle, l'était probablement, et les trois autres

étaient des hernies acquises. Ces dernières avaient des sacs très faciles et je n'ai pas eu à m'occuper du ligament rond.

Dans les quatre congénitales, je n'ai rencontré qu'une seule fois des difficultés sérieuses pour isoler le sac; je suis parvenu, cependant, à détacher le feuillet de revêtement du ligament rond, j'ai eu la paroi du sac et un collet bien distinct, et je n'ai pas trouvé la manœuvre plus difficile qu'elle ne l'est en général sur le cordon chez l'homme.

Je ne voudrais pas attacher trop d'importance à la fixation du pédicule à l'intérieur de l'abdomen. Cependant, c'est une bonne précaution; car, même en enlevant beaucoup de péritoine, on n'a pas de garantie absolue contre le glissement ultérieur de la séreuse pour former un nouveau sac.

Quant à la suture du trajet, je suis heureux de voir que les idées de M. Championnière se sont modifiées à cet égard. Dans ses travaux antérieurs, il dit que le mode de suture a peu d'importance, qu'il faut réunir « des parties molles quelconques ». Aujourd'hui, au contraire, il recommande une suture très exacte. Pour ma part, je crois qu'il est utile de la faire en étages. C'est par la suture en étages que nous savons maintenant éviter l'éventration à la suite de la laparotomie. Au nom du même principe, le procédé de Bassini me paraît constituer un progrès.

Communication.

Note sur le traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystérectomie abdominale.

Par le professeur Chénieux (de Limoges), membre correspondant.

Au dernier Congrès français de chirurgie, la communication de M. Terrillon sur l'hystérectomie supra-vaginale, si pleine d'intérêt et si importante par le nombre des cas et les succès obtenus, m'a fourni l'occasion d'exprimer verbalement certaines réserves au sujet de la ligature élastique.

Je viens aujourd'hui, en termes plus explicites, formuler brièvement les principes de la méthode que j'ai depuis longtemps adoptée, comme on peut le voir dans une observation publiée en 1885 dans le *Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*, à propos d'une opération pratiquée le 3 juin 1885, pour un cysto-sarcome volumineux.

Cette courte note m'est inspirée par la communication récente de M. le professeur Kocher (de Berne) sur le même sujet.

Voilà ce que j'écrivais alors : « Après l'avoir dégagé peu à peu par une laborieuse dissection, j'atteignis profondément un pédicule de la grosseur du poignet. Un premier fil de catgut l'étreignit solidement. Au-dessus de cette première ligature circulaire, une aiguille, armée d'un fil double, fut passée au travers du pédicule, et chaque fil serré séparément. A 2 centimètres environ au-dessus de cette double ligature par transfixion, section du pédicule au thermo-cautère, pour mieux assurer l'hémostase dans les premières heures. Nous nous apercevons alors que la section a porté sur la portion cervicale de l'utérus, et que les deux ovaires et les trompes ont été enlevées avec la tumeur sur les côtés de laquelle ils s'étalent. Une vaste surface sanglante existe sur le plancher pelvien à gauche, comme celle que l'on produirait en coupant le ligament large au point où ses feuillets s'écartent pour aller se continuer avec le péritoine pariétal. J'acceptai sans hésiter l'idée de mon ami, le Dr Justin Lemaistre, de rapprocher les surfaces cruentées. Le pédicule fut rentré, bien qu'il nous eût été facile de le maintenir au dehors, etc., etc. »

Depuis lors, je n'ai jamais procédé autrement. J'ai toujours lié de la même façon le pédicule, si volumineux qu'il fût; seulement j'ai adopté la soie au lieu du catgut. Je n'ai jamais drainé. J'ai restauré à l'occasion le plancher pelvien. J'ai rigoureusement cherché l'asepsie et l'antisepsie. Mais la toilette péritonéale a toujours été sommaire, ne craignant pas de laisser du sang dans le ventre. J'ai toujours réduit le pédicule. Avec la réduction du pédicule, mes opérées se sont levées de bonne heure. La guérison a été assurée à partir du septième jour et même du quatrième. Pas de tiraillements douloureux et de fistules consécutives, comme dans le traitement extra-péritonéal.

J'ai toujours pensé qu'une hystérectomie doit être conduite vivement et qu'il est regrettable de perdre du temps à de menus détails et à de prétendus perfectionnements. En conséquence, incision rapide et aussi grande que le nécessite le volume de la tumeur. Section des adhérences entre deux ligatures. Section isolée des ligaments larges en plusieurs temps. On tombe ainsi fatalement sur un pédicule, celui-ci dût-il être constitué par le vagin comme cela m'est arrivé une fois.

Je ne veux pas revenir ici sur les critiques que j'ai formulées contre la ligature élastique provisoire ou définitive, et que l'on trouvera dans le compte rendu du Congrès de chirurgie, pas plus que sur les détails des quelques opérations d'hystérectomie *sus-vaginale* que j'ai pratiquées (6 cas : 5 guérisons, 1 mort) et sur lesquelles j'ai fourni au Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences, quelques explications sommaires, les

observations complètes en ayant été publiées en partie dans le *Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*. J'ai voulu simplement démontrer que j'ai toujours, depuis 1885, considéré que l'hystérectomie abdominale *sus-vaginale* devait être conduite aussi simplement qu'une ovariotomie.

Communication.

Rétention d'urine traitée par la taille hypogastrique et la résection partielle des trois lobes de la prostate.

Par le Dr Ziembicki, chirurgien en chef de l'Hôpital général, président de la Société de médecine de Lemberg.

La question de l'intervention radicale chez les prostatiques est de nouveau à l'ordre du jour. A ce titre, chaque observation peut avoir quelque valeur, et j'ai l'honneur de soumettre la mienne à la critique de la Société de chirurgie de Paris.

Jean Anger, ouvrier, âgé de 65 ans, entre dans le service de chirurgie de l'hôpital de Lemberg, le 21 septembre 1890.

On constate de prime abord une rétention complète d'urine et un état général grave. La vessie, distendue outre mesure, se dessine nettement à la vue, par suite de l'amaigrissement notable du malade. Le palper abdominal, le toucher sont douloureux, provoquent des angoisses, et délimitent le globe vésical dans tous les sens. La fièvre est à 40°, la langue sèche. Des frissons violents ont eu lieu, et un état demi-comateux mêlé de crises d'agitation complète ce tableau connu de tous les chirurgiens.

En interrogeant l'entourage, on apprend que depuis longtemps déjà le malade se plaignait de difficultés de miction, et que surtout les nuits étaient mauvaises, troublées par d'incessants besoins jamais satisfaits. Ces derniers jours, l'évacuation volontaire des urines devint entièrement impossible, et un médecin de campagne, après un premier cathétérisme heureux, ne parvint plus à entrer dans la vessie. Les tentatives mal conduites n'eurent d'autre résultat que de produire de fortes hémorrhagies par le canal de l'urèthre.

Telle était la situation du malade à son entrée à l'hôpital. L'interne de garde eut la main assez heureuse pour pratiquer l'évacuation de la vessie, mais commit la faute, fréquente en pareille occurrence, de ne pas laisser le cathéter à demeure.

Le lendemain 22 septembre, à la visite du matin, je constate un état général toujours très grave, une rétention complète avec distension considérable et une prostate pour ainsi dire monstrueuse. Quoique bien armé, je ne réussis pas à évacuer la vessie, et sans trop pro-

longer les manœuvres dans un terrain inconnu, congestionné, saignant, je me décide à une ponction aspiratrice qui donne issue à environ un litre d'une urine sanguinolente et horriblement fétide. Le soir, nouvelle ponction, et le lendemain 23 septembre, introduction d'une sonde en gomme, qu'on laisse à demeure, en multipliant les lavages boriqués.

A partir de ce moment, l'amélioration de la santé est manifeste, la fièvre tombe, la langue se déterge ; cependant l'analyse des urines dénote 0,1 0/0 d'albumine, c'est-à-dire un coefficient qui n'est pas en rapport avec la quantité des globules rouges et blancs, observés dans le champ du microscope.

Cystite intense, alcalinité.

En somme, jusque-là, rien dans cette observation qui ne soit du ressort de la pratique journalière de la chirurgie. Voyons la suite.

Quatre ou cinq jours après, la sonde fut changée et, au bout de la semaine, j'avais jugé profitable de l'enlever pour lui substituer le cathétérisme répété deux à trois fois dans les vingt-quatre heures. Contre toute attente, la sonde mise de côté à la visite du soir, très tard, ne put atteindre la vessie le lendemain matin qu'après de très grandes difficultés. L'urèthre donna du sang et, dans la journée, il y eut une hausse notable de température. On patienta de nouveau quelque temps avec le cathéter permanent, mais il vint un moment où il fallut tenter d'en arriver au cathétérisme méthodique. Nouvel échec, nouveaux délais, nouveaux déboiros. Un jour, une ponction aspiratrice redevint nécessaire.

Décidément on tournait dans un cercle vicieux ; aussi, en face d'une cystite de plus en plus intense, accompagnée de fièvre vespérale, vu le danger croissant du côté des reins, l'inappétence et l'amaigrissement progressif, je me décidai à attaquer l'obstacle principal, la prostate, supposant que la vessie aurait encore assez de contractilité pour reprendre ses fonctions, une fois que la barrière serait tombée.

J'estimais aussi que le moindre profit qui en résulterait pour le malade, au cas de sa survie, serait le rétablissement par le cathétérisme rétrograde de la voie normale, que je supposais labourée par des fausses routes multiples.

Dans ces conditions, le choix de la méthode ne pouvait donner lieu à aucune hésitation. C'est bien la taille hypogastrique qui s'imposait du moment qu'on voulait agir.

J'examinai avec soin, une fois encore, l'état local. La prostate avait gardé ses dimensions énormes, bien que la congestion eût été réduite à son minimum par le cathétérisme à demeure prolongé. La glande, loin d'être dure, était plutôt élastique, et il était aisé de constater par le toucher que le diamètre antéro-postérieur prédominait de beaucoup. Un explorateur permit aussi de préciser la très grande longueur de la portion prostatique du conduit de l'urèthre, en même temps qu'il rendait compte de la profondeur insondable du bas-fond de la vessie. Le doigt ne suffisait pas pour atteindre la limite de la prostate, et la *distance périnéale*, pour me servir du terme de Watson, ainsi estimée, laissait deviner que la plus grande portion de la glande

hypertrophiée faisait saillie dans la vessie. On ne pouvait donc pas songer à une prostatotomie ou à une prostatectomie par la voie périnéale.

La vessie, ai-je dit déjà, avait l'air de présenter une capacité suffisante, et sa contractilité n'était pas éteinte tout à fait, si on en jugeait d'après le degré plus ou moins marqué de son aptitude à se distendre. L'albuminurie devait être rapportée en partie aux reins, mais le microscope n'en disait pas davantage.

L'état général était misérable ; les artères, l'aorte visiblement athéromateuses. La persistance de la fièvre vespérale, l'alcalinité s'expliquaient aisément par la cystite et la stagnation de l'urine dans un bas-fond qui défiait cathéter et lavages.

Le 4 novembre, six semaines après l'entrée du malade dans mon service, j'exécute la taille hypogastrique. Le doigt, introduit avec une curiosité fébrile, rencontre de prime abord la masse pathologique formée par la prostate, tellement considérable que la vessie paraît toute petite en proportion. En analysant, je reconnais le lobe médian, très développé, mesurant une hauteur d'au moins trois centimètres et surplombant un bas-fond extrêmement profond et élargi. Les deux lobes latéraux, plus volumineux, courent obliquement et font une saillie énorme sous la muqueuse sur une longueur de plus de trois travers de doigt. Leur sommet assez pointu, presque libre du côté de l'aire de la vessie, présente chacun un orifice qu'une bougie explore et reconnaît comme conduisant dans l'urèthre; l'orifice médian est normalement situé à la partie supérieure du lobe médian, de sorte que l'urèthre débouche en réalité par trois voies dans la vessie. Des bougies introduites d'arrière en avant viennent sortir ensemble au méat externe[1].

On voit aussi que ces masses de tissu glandulaire s'écrasent, se pénètrent, s'emboîtent réciproquement, le lobe médian recevant sur ses flancs la courbe irrégulière mais fortement convexe des lobes latéraux.

Rien qu'en jetant un coup d'œil sur ces rapports, on s'explique les difficultés du cathétérisme et on ne s'étonne que de les avoir surmontées parfois. La glande dans son ensemble est résistante, plutôt élastique que dure, et l'élément glandulaire, contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire, prédomine sur le tissu fibreux.

Un cathéter élastique, avant de trouver son chemin dans ce dédale de sinuosités, pliait inévitablement; un cathéter dur blessait et produisait un enfoncement, première étape d'une fausse route.

Après cet examen, il fallait procéder à l'opération elle-même, et j'aime mieux dire que cette dernière laissa beaucoup à désirer. Les

[1] Cette anomalie, constatée par moi et par tous mes internes, n'est signalée dans aucun des ouvrages de chirurgie ou d'anatomie pathologique que j'ai sous la main. Il ne saurait être question de fausses routes, car les orifices étaient disposés symétriquement et présentaient une circonférence très régulière. Klebs rapporte des faits analogues, mais non pareils, dans son étude sur les arrêts de développement de la prostate.

auteurs comme Kummel, Watson, etc., prônent le thermocautère, le galvanocautère. Ce dernier me faisait défaut. Quant au paquelin, il me semblait devoir être d'un maniement difficile pour l'exérèse au fond d'une cavité dont les bords pouvaient être gravement brûlés par rayonnement ou contact direct.

Je n'avais pas non plus à ma disposition les pinces coupantes de Collin, que je me suis procurées depuis, et qui auraient grandement facilité la tâche. Les ciseaux courbes et les pinces à griffe firent donc toute la besogne, taillant des tranches dans la prostate, je n'ose pas affirmer d'une manière bien méthodique.

Tout ce qui faisait saillie était excisé, et bientôt toute cette masse fut plus ou moins nivelée.

L'hémorrhagie, minime d'abord, devint considérable, mais s'arrêta avec l'enlèvement du ballon de Petersen. Un tube à drainage à la Perier et une forte sonde à demeure passée d'une façon rétrograde devaient assurer les lavages nécessaires et les cathétérismes futurs.

Contre mon habitude, je ne fis pas la suture de la vessie, la cystite intense étant ici une contre-indication absolue.

La plaie fut légèrement rétrécie pour faciliter la fonction du siphon vésical, et je me hâtai de faire cesser l'anesthésie de ce malade misérable, entaché d'un athérome très avancé, et dont le cœur éveillait déjà de vives inquiétudes chez l'interne chargé du chloroforme.

Contre toute attente, les suites de l'opération furent des plus simples. La fièvre monta deux soirs à 38°,8 puis descendit à 35° pour ne plus donner que des oscillations insignifiantes. Dix jours après, le 13 novembre, l'albumine avait disparu et l'alcalinité était très peu prononcée. L'état général s'améliora rapidement et l'influence heureuse de la taille hypogastrique sur la cystite et la stagnation des urines devint manifeste.

Le 1er décembre, suppression de la sonde à demeure. A partir du 4 décembre, le malade commence à évacuer spontanément l'urine, les mictions survenant toutes les trois heures, puis plus rarement encore. Par le cathétérisme *devenu très facile*, j'ai pu me convaincre qu'un certain degré de rétention persiste, mais la quantité ne dépasse pas le contenu d'un verre à bordeaux.

Le 29 décembre, le malade fut renvoyé à la maison avec recommandation de se servir du nélaton une fois dans les vingt-quatre heures et de faire des lavages à l'acide borique.

Aujourd'hui 20 mai, son état est des plus satisfaisants ; les nuits sont bonnes et la santé générale — on peut le dire — étonnante.

Le jour, et debout, il évacue sa vessie spontanément ; la nuit, il est obligé de recourir au cathétérisme devenu et resté depuis l'opération très facile. Sur ce point, le succès a été complet et l'intervention radicale. Mais il existe une cystite qui a besoin d'être surveillée, tenue en main. Elle est due certainement en partie aux fautes contre l'antisepsie que le malade commet chaque jour en se pratiquant le cathétérisme, mais aussi à la déchéance organique athéromateuse du muscle vésical, lequel, relevé dans ses forces par la taille sus-pubienne et la

prostatectomie, sera de nouveau impuissant dans un avenir plus ou moins éloigné.

Disons donc : amélioration considérable; jamais cure radicale.

Réflexions.— Depuis Mercier et Maisonneuve, l'idée d'une intervention radicale dans les cas de prostatisme grave, fut plus d'une fois remise à l'ordre du jour. Heine avait essayé d'atrophier la glande par les injections interstitielles de teinture d'iode. Bottin appliqua non sans succès la galvanocaustie, en suivant la voie de l'urèthre. Mais Gill, je crois, fut le premier qui attaqua la prostate hypertrophiée par les voies supérieures, en utilisant la taille sus-pubienne. Meinhardt Schmidt y joignit la boutonnière et obtint deux succès éclatants. Au congrès des chirurgiens allemands en 1889, Kummel rendit compte de six opérations de prostatectomie, méthode qui, la même année, trouva un défenseur chaleureux dans la personne de Watson de Boston. L'école de l'hôpital Necker paraît très réservée vis-à-vis de ces tentatives, en prenant pour base et la clinique et l'anatomie pathologique. Les leçons du professeur Guyon, les thèses de Launois et de Vignard ont à cet égard une importance de premier ordre.

Mon observation prouve cependant que chez un sujet athéromateux au suprême degré, les lésions de la vessie n'étaient pas assez avancées pour éteindre toute contractilité musculaire. Or, c'est un point capital dans le procès de la prostatomie ou de la prostatectomie.

J'étais donc bien en droit d'espérer qu'en intervenant, je n'assurerais pas uniquement à mon malade le bénéfice d'un cathétérisme plus facile, mais encore escomptais-je le retour plus ou moins considérable de la force expulsive de la vessie.

Je pense avec Socin, Thiersch, que dans les succès signalés et dans le mien, la taille hypogastrique joue un rôle prépondérant par son action merveilleuse sur la cystite; mais cette cystite elle-même, due à la stagnation des urines, et certes aussi aux lésions athéromateuses, ne pourrait-elle pas être retardée, si au lieu de laisser la vessie malade épuiser le reste de ses forces contre une barrière de plus en plus infranchissable, on se déterminait plus rapidement à supprimer l'obstacle.

Ne pouvant chasser l'urine, les contractions vésicules n'ont certes d'autre résultat que de creuser tous les jours davantage le bas-fond de la vessie, que nul cathétérisme ne saurait évacuer entièrement, et sur lequel les lavages n'ont pas une prise suffisante.

En résumé, je crois que si dans la grande majorité des cas, les lésions primitives ne peuvent laisser espérer un grand profit d'une

intervention *dite à tort radicale*, on trouvera bien souvent l'occasion de rendre un signalé service aux malades, en pratiquant la prostatectomie par les voies supérieures. Elle est applicable à des cas nettement définis, elle a ses indications comme la prostatectomie et la prostatomie périnéales ont les leurs.

Elle peut rendre une certaine vitalité à la force expulsive de la vessie, en supprimant la cystite et en diminuant l'obstacle.

Mais il ne faut pas attendre que l'expansion et la contractilité vésicales soient devenues nulles ou à peu près.

Dans cette dernière éventualité, la prostatectomie peut encore être indiquée par la nécessité d'assurer au malade la possibilité du cathétérisme.

Rapports.

Sur un fait de craniectomie pour épilepsie jacksonnienne sans lésions crâniennes ou cérébrales, suivie d'une paralysie motrice localisée passagère. Guérison persistant après une année, par M. Verchère.

Rapport par M. Terrier.

Tel est le titre d'un travail intéressant qui nous a été lu par M. le Dr Verchère et à propos duquel j'ai à vous faire un rapport.

La trépanation, acceptée comme intervention chirurgicale primitive dans les traumatismes du crâne, a été ensuite utilisée comme opération en quelque sorte accessoire mais fatalement nécessaire, lors de lésions des centres cérébraux, lésions dont on peut cliniquement déterminer le siège, par exemple : les exostoses, les abcès du cerveau, les épanchements sanguins, les cicatrices adhérentes des méninges, etc.

Enfin, dans ces derniers temps, la trépanation ou plutôt la craniectomie, a été préconisée comme opération curative dans certaines affections nerveuses comme l'idiotie, l'épilepsie essentielle et l'épilepsie jacksonnienne.

D'après mon expérience, très restreinte d'ailleurs (2 faits), la question de la trépanation dans l'épilepsie essentielle ne me paraît pas encore résolue, malgré les très intéressants travaux de mon ami et collègue M. Just Lucas-Championnière [1], malgré le fait très encourageant de M. Girard (de Grenoble) [2].

[1] Dumas, *Thèse de Paris.*

[2] *Congrès français de chirurgie,* 1891.

Mais à côté de cette épilepsie *généralisée*, expression qui nous paraît devoir être préférée à essentielle, il en existe une autre bien connue depuis les travaux de Hughlings Jackson, assez voisine de la première, puisque pour nombre d'auteurs il ne s'agit là que d'une seule et même affection. L'épilepsie jacksonnienne présente un critérium de diagnostic, c'est qu'elle est localisée et est pressentie par le malade ; d'ailleurs, comme l'épilepsie généralisée, elle peut être d'origine traumatique ou, au contraire, être spontanée. Souvent même le traumatisme est fort loin d'être en rapport avec l'intensité des phénomènes qu'il provoque, que ceux-ci soient généralisés (épilepsie essentielle), ou qu'ils soient localisés (épilepsie jacksonnienne).

Dans l'épilepsie jacksonnienne traumatique avec lésions macroscopiques, la trépanation a donné d'excellents résultats. La suppression de la cause d'irritation (esquille, enfoncement d'os, cicatrice adhérente, kyste sanguin, fistule, etc.) fait par cela même cesser les phénomènes réactionnels. Mais lorsqu'il s'agit d'épilepsie jacksonnienne sans traumatisme ou succédant à un traumatisme léger, il était permis de se demander si la trépanation fournirait d'aussi bons résultats que dans les circonstances précédentes. Or, les faits tendent à prouver que dans un certain nombre de cas, les résultats obtenus peuvent être absolument ou relativement curatifs.

L'observation de M. Verchère tend à démontrer la vérité de ce que j'avance; et d'ailleurs en France, quatre observations lyonnaises dues à MM. les professeurs Lépine et Poncet ont prouvé déjà qu'il devait être fait des recherches nouvelles dans ce sens.

Je vous rappellerai d'abord en quelques lignes la longue observation que nous a lue M. Verchère.

Un jeune enfant âgé de 12 ans, sans antécédents héréditaires, sauf quelques accidents convulsifs dans la première enfance, se heurta sur l'angle d'une fontaine ; pas de perte de connaissance, pas de plaie du cuir chevelu, on ne sait même plus de quel côté a eu lieu le traumatisme. Quinze jours après, attaque d'épilepsie ; dès ce moment, l'intelligence et la mémoire restèrent stationnaires, si bien que le malade ne put continuer ses études. Les grandes crises survenaient toutes les cinq ou six semaines ; le bromure fut administré et n'eut d'autre résultat que de diminuer le nombre des crises, mais de provoquer un état de violente excitation cérébrale. Depuis lors, c'est-à-dire depuis dix ans, les crises ont toujours présenté les mêmes caractères. Tout à coup, au niveau du pouce de la main droite survient une sensation douloureuse, sensation qui bientôt occupe l'index et le médius droit, puis l'avant-bras, le bras, le cou et la face du même côté. A ce moment, le malade prévoit son attaque ; il appelle et a le temps de

dire : « Tiens, tiens. » La main se tourne en pronation forcée, l'avant-bras s'étend sur le bras, la tête se penche à droite et le malade tombe toujours du côté droit. Le membre inférieur n'est pris qu'en dernier lieu. Au bout de quelques minutes, les contractions cessent, la figure vultueuse reprend son aspect normal, et après un sommeil de quelques heures, le malade se réveille courbaturé.

Dans l'intervalle des grandes crises existe une céphalée atroce, constante, réveillant le malade la nuit, et siégeant toujours du côté gauche de la tête. A la fin des périodes de calme, ces douleurs s'exaspèrent et, au contraire, elles semblent s'atténuer quand une grande crise a eu lieu. A ces symptômes convulsifs et douloureux s'ajoutent des troubles intellectuels ; non seulement la mémoire est nulle ou presque nulle, mais les facultés sont celles d'un enfant de 2 ans ; par périodes, il y a eu des accès de folie furieuse, avec impulsion homicide et tentative de suicide pour échapper à la douleur.

M. Verchère présenta son jeune malade à M. le professeur Charcot, qui confirma le diagnostic d'épilepsie jacksonnienne avec début de dégénérescence secondaire, le membre inférieur droit étant en effet un peu diminué de volume et le malade traînant le pied et fauchant en marchant. Quant au membre supérieur droit, il est bien moins fort que le membre correspondant gauche.

L'opération fut faite le 18 avril 1890. Incision quadrilatère formant un lambeau à pédicule sus-auriculaire, décollement du périoste, puis application au centre de la plaie d'une large couronne de trépan. De cette première couronne, quatre autres sont faites rapidement à l'aide de la pince trépan de Farabeuf, et les ponts qui les séparent sont enlevés avec la pince gouge. On obtient ainsi une large ouverture de 6 centimètres sur 5 centimètres. La dure-mère est incisée suivant les deux diagonales, de façon à obtenir quatre petits lambeaux qui, relevés, permettent de reconnaître très nettement les parties sous-jacentes. La scissure de Rolando, recouverte par la pie-mère, forme la diagonale du quadrilatère osseux. En avant, toute la frontale ascendante est à jour et on peut voir le pied des trois frontales. En haut, le doigt est passé doucement jusque dans la scissure inter-hémisphérique ; enfin, en arrière, on explore toute la pariétale ascendante. *En aucun point, on ne trouve de lésion.* Toutefois M. Verchère signale un fait, auquel il attache une grande importance : Dès l'incision de la dure-mère, le cerveau repousse la pie-mère et semble se hernier sur les bords de la brèche cranienne ; la pie-mère se gonfle, s'œdématie, prend un aspect trouble et tremblotant, et à sa surface vient sourdre une innombrable quantité de gouttelettes fines, sorte de transsudation du liquide céphalo-rachidien. Ces phénomènes, dit M. Verchère, semblent indiquer un excès de pression intra-cranienne, ce qui paraît exact. La dure-mère fut suturée au catgut ; puis on sutura le lambeau périostéo-cutané et deux petits drains furent placés aux deux angles postérieurs. Dès le réveil, le malade se trouve bien, il l'exprime en disant qu'il « sent ses deux côtés de la tête pareils ». La céphalée disparut dès ce moment et ne reparut plus.

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 45.6.91. *Le Gérant :* G. MASSON.

Le troisième jour, l'opéré se plaint d'une gêne dans le pouce droit, et ne peut rien saisir entre le pouce et l'index ; de plus, il y a un peu de parésie faciale droite avec léger embarras de la parole. Ces accidents paralytiques gagnent l'avant-bras, puis le bras, et s'accentuent à la face. Le sixième jour, attaque subite d'épilepsie, ayant tous les caractères des attaques antérieures ; au moment où le malade revient à lui, on constate l'existence d'une paralysie absolue flasque du membre supérieur droit, de la face et de la moitié droite de la langue. Parésie légère du membre inférieur droit.

La paralysie disparut progressivement, suivant une marche inverse de son développement, et au vingt et unième jour le malade se levait et n'avait plus de pansement. A cette date, l'intelligence et la mémoire étaient fort améliorées.

Le 15 juillet, soit trois mois après l'opération, deuxième crise d'épilepsie, qui dura quelques minutes ; une troisième crise eut encore lieu en novembre dernier (1890). Actuellement, le malade n'a plus que des attaques de petit mal, avec vertige de quelques secondes, sans chute et dont on ne s'aperçoit même pas.

L'intelligence est assez revenue pour que l'opéré puisse travailler et occuper une place assez importante dans le commerce.

Avec M. Verchère, nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations analogues à celle qu'il vous a lue, c'est-à-dire des cas où la crâniectomie a démontré l'absence de toute lésion, alors que les opérés étaient pour la plupart atteints d'épilepsie jacksonnienne. Nous avons pu en relever 29 cas, dont un m'est personnel et n'a pas été publié jusqu'alors.

Voici le résumé de ces observations :

Obs. I (Lépine)[1]. — Épilepsie suite de peur, 12 ans avant. Trépanation par Daniel Mollière, pratiquée *in extremis;* une seule couronne de trépan. Pas de lésions visibles. Paresse légère du membre droit. Guérison persistant encore après quatre mois.

Obs. II (Hulton et Wricht)[2]. — Épilepsie jacksonnienne, datant de 7 ans. Trépanation. Pas de lésion. On réapplique les fragments osseux. Réapparition des crises quelque temps après.

Obs. III (Keen)[3]. — Homme, 20 ans. Chute. Epilepsie ; début des crises au niveau des doigts gauches. Trépanation, mise à jour des circonvolutions rolandiques. Recherches du centre moteur par la faradisation. La main se meut quand on touche la circonvolution la plus antérieure. Malgré l'apparence saine du point touché, on l'excise, puis, le courant replacé, il n'y a plus d'excitation. Attaque d'épilepsie

[1] *Thèse de Péchadre*, 1889.
[2] *British medical Journal*, 24 mars 1888, t. I, p. 646.
[3] *American Journal of the medical sciences,* 1888, p. 339 et 452.

après l'opération; la main reste inerte. Cette paralysie dura trois mois. Attaques de plus en plus rares et de plus en plus légères.

Obs. IV (Lépine)[1]. — Depuis 3 ans, crises d'épilepsie jacksonnienne. On ne trouve aucune lésion pendant la trépanation. La céphalée constante disparaît, mais les crises ont reparu, quoique moins fortes.

Obs. V (Lépine)[2]. — Début 16 mois, pas de trauma, crises tous les quinze jours presque. Hémiplégie. Point de départ au niveau du gros orteil. Céphalalgie. Trépanation, pas de lésions. La parole est plus embarrassée, puis s'améliore; l'hémiplégie ne disparaît pas complètement. Disparition des crises depuis quatre mois.

Obs. VI (Poncet)[3]. — Traumatisme datant de 2 ans 1/2. Troubles cérébraux par crises épileptiques grandes et petites, très fréquentes et plusieurs fois par jour. Aura au niveau des mains. Trépanation petite. Pas de lésion. Disparition des crises, puis revenues tous les quinze jours avec perte de connaissance et même aura. Mémoire très affaiblie. M. Poncet pense à une nouvelle intervention.

Obs. VII (Hugues Bennet et Pearce Gould)[4]. — Coup à droite de la tête avec plaie. Six semaines après, crises épileptiques et manie aiguë. Trépanation. Pas de lésions. Guérison constatée presque six mois après l'opération. L'attaque commençait par une sensation lumineuse; l'irritation partait donc du gyrus angulaire.

Obs. VIII (Schufeldt)[5]. — Homme de 40 ans, blessé à 9 ans d'un coup de hache. Epilepsie depuis deux mois. Cicatrice adhérente, trépanation; rien aux os, ni dure-mère. Guérison pendant deux mois.

Obs. IX (Th. Olivier)[6]. — Epilepsie neuf jours après une chute. Douleur constante au niveau de la région temporale droite. Trépanation. Pas de lésion. Écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien. Les crises s'éloignent. Depuis six mois plus de crises.

Obs. X (Lloyd et Deaver)[7]. — A quinze ans coup sur la tête; six ans après, épilepsie. Trépanation large. Centre moteur recherché par faradisation et excisé. Deux autres parties du centre moteur furent aussi enlevées. Paralysie de la face et du bras gauche. Guérison après cinq semaines. Pas d'accès depuis quatre mois.

Obs. XI (Keen)[8]. — Chute à 14 mois. Epilepsie localisée à 2 ans et 1/2, trois à six attaques, débutant d'ordinaire par main droite, par

[1] *Thèse de Péchadre*, 1889, obs. X.

[2] *Bulletin de l'Académie de médecine*, 6 août 1889; *Thèse de Péchadre*, obs. IX.

[3] *Thèse de Tellier*, p. 93; 1890.

[4] *British medical Journal*, janvier 1887, vol. I, p. 12.

[5] *New York medical Journal*, p. 485; 1887.

[6] *British medical Journal*, février 1888, vol. I, p. 236.

[7] *American Journal of the medical sciences*, novembre 1888, p. 477.

[8] *Medical news*, 12 avril 1890, p. 381.

jour. Trépanation. Pas de lésions. Recherche du centre moteur par faradisation. Abrasion. Encore quelques attaques de petit mal. Meilleur état mental.

Obs. XII (Bendandi)[1]. — Homme de 37 ans. Epilepsie avec hémiparésie intercurrente. Trépanation. Pas de lésions. Guérison des crises.

Obs. XIII (Hendric-Lloyd). — Convulsions localisées, paralysie partielle. Trépanation. Excision cérébrale. Suspension des accès pendant quatre mois; puis retour moins fréquent.

Obs. XIV (Horsley)[2]. — Attaques épileptiformes. Paralysie à droite, trépanation; aucune lésion. Quatre ou cinq attaques dans le mois suivant, puis disparition des accidents.

Obs. XV (Mills)[3]. — Épilepsie. Excision du centre moteur. La guérison persistait après cinq mois.

Obs. XVI (Horsley)[4]. Epilepsie, paralysie de la langue. Trépanation. Excision de la substance cérébrale. Amélioration, attaques plus rares. Paralysie non modifiée.

Obs. XVII (Hoffmann)[5]. — Homme, 30 ans. Attaques épileptiformes. Hémiplégie gauche. Trépanation, pas de lésion. Le soir la paralysie disparaît, puis la céphalalgie et tous les autres accidents.

Obs. XVIII (Larger)[6]. — Homme, 48 ans. Epilepsie jacsonnienne. Crises par séries. Aura du pied gauche. Contracture du membre inférieur gauche dès la première crise. Trépanation, dure-mère adhérente. Dès le soir, disparition de la contracture. Quatre mois après, crise subite au lit. Depuis, crises de peu de durée.

Obs. XIX (Mackay)[7]. — Homme, 63 ans. Traumatisme il y a quatorze ans à droite; second traumatisme il y a un mois, plaie à gauche. Perte de connaissance plusieurs heures. Parésie membre inférieur droit et anesthésie relative. Trépanation à gauche. Incision dure-mère. Amélioration et guérison.

Obs. XX (Terrier, inédite). — M. J. C..., antécédents de traumatismes cérébraux mal déterminés.

En septembre 1888, M. X... éprouva subitement pendant une partie de chasse une violente secousse dans le *gros orteil droit* et puis dans

[1] 6e *Congrès de chirurgie italien,* Bologne, 1889.

[2] *British medical Journal,* p. 683; 1887.

[3] *Congrès des médecins et chirurgiens américains,* p. 223; 1888; cité par Féré.

[4] *Ibid.*

[5] *Congrès allemand de chirurgie,* 1889.

[6] *Congrès français de chirurgie,* 1889.

[7] *Edinburgh medical Journal,* V. 374, p. 125; 1886.

la jambe, et il perdit connaissance aussitôt après. Cette première attaque ne laissa aucune trace après elle.

Trois mois plus tard survint une seconde attaque qui débuta comme la première par le gros orteil droit, mais laissa à sa suite, au dire du malade, une *contracture permanente du gros orteil droit.* L'orteil était en extension et le malade ne pouvait l'abaisser.

Cette contracture persista jusqu'à une troisième attaque qui eut lieu trois ou quatre mois après la seconde. La contracture de l'orteil se supprima pendant cette attaque, mais elle fut remplacée par une paralysie du *groupe des muscles extenseurs du pied.*

Enfin, après une quatrième attaque en juin 1889, X... fut paralysé de la jambe droite tout entière. Cependant le mouvement revint peu à peu dans le membre, à l'exception toutefois des extenseurs du pied qui restèrent paralysés. A partir de cette attaque, X... eut presque tous les jours de petites crises ébauchées, consistant en secousses dans les membres du côté droit, et s'accompagnant de malaises très pénibles et quelquefois d'une absence de quelques secondes, comme dans le petit mal.

Au mois de novembre, X... pouvait marcher de nouveau en traînant la jambe droite et muni d'un appareil qui lui relevait le pied.

C'est dans cet état que M. le professeur Charcot vit le malade. Il diagnostiqua une épilepsie jacksonnienne dont le siège devait être dans le lobule paracentral, en raison du début des attaques par les muscles du pied.

Après un traitement d'essai par les frictions mercurielles qui resta sans résultat, on se décida à proposer une intervention chirurgicale.

L'opération fut faite le 1er mars 1890 par M. Terrier, aidé du Dr Quénu. Le point exact du lieu de la trépanation fut déterminé par M. le Dr Marie sous les yeux du professeur Charcot.

Trois couronnes de trépan firent à gauche une large ouverture par laquelle on put facilement explorer la dure-mère, puis la pie-mère et les circonvolutions cérébrales sous-jacentes. Le doigt put même atteindre et explorer la face interne de l'hémisphère cérébral.

On ne découvrit aucune lésion.

Suture de la dure-mère et du lambeau cutané. La guérison opératoire était complète au dixième jour.

Jusqu'alors le malade n'avait plus rien ressenti du côté de son membre inférieur droit. Mais quelque temps après il y éprouva de petites crises de contracture, mais peu accusées et sans le moindre retentissement général. La parésie ne disparut pas.

L'opéré partit pour l'étranger environ un mois après l'intervention chirurgicale, et il mourut subitement peu après sans que nous pussions avoir des renseignements bien exacts sur la cause de cette mort.

Si l'on tient compte des résultats obtenus par l'intervention

chirurgicale dans ces 21 cas (celui de M. Verchère étant compté), nous arrivons à ce résultat brut :

12 guérisons (obs. I, V, VII, VIII, IX, X, XII, XIV, XV, XVII, XIX et XXI);
6 améliorations (obs. III, IV, XI, XIII, XVI et XX);
3 résultats nuls (obs. II, VI et XVIII).

On peut donc conclure que l'intervention chirurgicale donne de bons résultats dans la majorité des cas; toutefois, il ne faut pas trop s'illusionner sur ces chiffres.

En effet, dans la plupart des observations où la guérison est notée, le résultat est publié au bout de deux à six mois, quelquefois un peu plus, mais c'est tout; or, il faut bien se rappeler que dans assez bon nombre de cas l'opération fournit bien une amélioration notable, voire même la guérison, mais que celle-ci ne persiste pas, et que les accidents reparaissent, soit avec leur intensité primitive, soit certainement amendés.

Ici je parle surtout des accidents épileptiformes, car le plus souvent la céphalée qui coexiste avec eux paraît radicalement guérie du fait de l'opération.

En fait, cette statistique est certainement encourageante, mais il ne faut pas en exagérer la valeur.

Comment agit la trépanation large ou mieux la crâniectomie, dans les cas où l'on obtient un bon résultat immédiat et consécutif? C'est là une question qui ne me paraît pas des plus faciles à résoudre.

D'après les neuro-pathologistes, il est prouvé que l'excitation d'un point de la substance corticale peut provoquer des accidents épileptiformes localisés et généralisés. En d'autres termes, l'excitation de la substance corticale détermine de l'épilepsie jacksonnienne et de l'épilepsie généralisée. Tout le monde sait, en effet, que les excitations mécaniques de l'écorce (esquille, enfoncement, cicatrice, etc.) déterminent l'épilepsie jacksonnienne, et que, la cause de l'excitation enlevée, les phénomènes épileptiformes cessent *ipso facto*, au moins dans le plus grand nombre des cas.

On a démontré, de plus, que le centre moteur, excité par un agent vulnérant comme ceux que j'ai cités plus haut, subissait des modifications histologiques analogues à celles qui ont été trouvées chez les épileptiques essentiels (Chaslin). Or cette altération histologique, bien que peu étendue, agit non seulement en excitant le centre moteur et déterminant des crises localisées, mais aussi en réagissant sur les parties voisines, et produisant alors des crises.

générales, ce qui n'a pas lieu d'étonner, étant donnée la physiologie pathologique du cerveau.

L'excitation du centre moteur détermine l'apparition du *signal symptôme* (Seguin), puis survient la généralisation, la grande attaque. Cette manière d'envisager l'anatomie pathologique de l'épilepsie jacksonnienne a conduit un certain nombre de chirurgiens, et en particulier Horsley, Keen, Lloyd, Deaver, Nau crede, etc., non seulement à découvrir le centre moteur qu'on suppose lésé, mais encore à l'exciser, alors même qu'on n'y constate pas de lésion appréciable à la vue ou au toucher.

Par cette manière de procéder, on cherche à paralyser le siège de l'excitation, par conséquent à faire cesser le symptôme signal et, *a fortiori*, l'attaque générale qui peut suivre.

Un certain nombre de faits tendent à confirmer cette manière de raisonner et d'opérer; d'autres faits sont négatifs, et alors faut-il invoquer une rapide régénération du centre moteur enlevé, ce qui est peu probable, ou bien faut-il admettre que le tissu cicatriciel agit de nouveau en excitant les parties voisines du cerveau? Il nous est impossible de résoudre ces questions.

Dans tous les cas, le fait que vous a relaté M. le Dr Verchère plaide contre la théorie qui conduit à l'excision du centre moteur qu'on suppose lésé.

Sans excision, le troisième jour après l'opération, apparut une paralysie, légère d'abord, puis complète, au niveau du pouce et de l'index, exactement comme si l'on avait pratiqué l'excision du centre moteur. Cette paralysie localisée disparaît peu à peu, et enfin les crises cessent, au moins les grandes crises, car le malade a encore des attaques de petit mal, ce qu'il ne faut pas oublier.

Dans ce cas, l'action modificatrice apportée par l'opération serait-elle due à la décompression cérébrale, comme le croit M. Verchère ?

Rappelant l'opinion d'Hoffmann sur la compression comme cause de l'épilepsie jacksonnienne ou essentielle, M. Verchère croit pouvoir accepter cette décompression en rappelant les phénomènes qui se sont passés au niveau du point où il a ouvert la boîte crânienne et la dure-mère, à savoir, une abondante exsudation de liquide céphalo-rachidien à travers la pie-mère, qui en fut même œdématiée.

Cette preuve ne nous convainc pas absolument. Toutefois nous pensons que la décompression due à une trépanation largement faite, à une crâniectomie, doit donner un meilleur résultat qu'une simple couronne de trépan. Aussi les insuccès de Poncet (de Lyon) et de Larger sont-ils explicables, jusqu'à un certain point,

par la parcimonie avec laquelle on a ouvert la boîte crânienne.

Et d'ailleurs une large ouverture du crâne est tout à fait indiquée alors qu'on veut mettre à découvert la zone psycho-motrice du professeur Charcot, et nous ne saurions trop louer M. Verchère d'avoir pratiqué une véritable crâniectomie chez son malade. Il faut voir, au fond de la plaie du crâne, la scissure de Rolando, et les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes dans presque toute leur étendue.

En acceptant le rôle probable de la décompression cérébrale comme agent modificateur et même curatif chez les épileptiques, nous avons peu de tendances à accepter la réimplantation osseuse, soit en mosaïque (Mac Ewen), soit par lambeau ostéo-cutané (Julius Wolff). Ne doit-on pas craindre alors une reproduction osseuse remettant les choses en l'état, par conséquent rétablissant la compression pathologique? Au point de vue du manuel opératoire, M. Verchère insiste sur l'utilité très grande de la pince-trépan de mon excellent ami le professeur Farabeuf. Après l'enlèvement d'une couronne crânienne avec le trépan ordinaire, il suffit de passer la spatule du trépan de Farabeuf entre le crâne et la dure-mère, qui se laisse très facilement détacher. Puis on fait sauter, à l'aide de la pince-gouge, les ponts de tissu osseux intermédiaires. M. Verchère préconise l'incision de la dure-mère selon deux diagonales pour avoir plus de champ opératoire. En résumé, nous conclurons avec M. Verchère :

1° Que la crâniectomie doit être pratiquée pour remédier à l'épilepsie jacksonnienne, et qu'elle a donné un certain nombre de guérisons ou d'améliorations, alors même que l'on n'a pas trouvé de lésions expliquant l'épilepsie;

2° Que l'on peut se dispenser d'exciser le centre moteur, origine du « signal symptôme », la crâniectomie seule pouvant être suivie de paralysie localisée et complète, comme lorsqu'on fait cette excision;

3° Toutefois, je ne crois pas, comme M. Verchère, que cette excision soit inutile, voire même nuisible. C'est là une question encore à l'étude et qui, je crois, ne peut être encore jugée;

4° Dans les cas analogues à ceux de M. Verchère, la trépanation paraît agir par décompression, d'où l'indication d'une large ouverture du crâne, d'où aussi la non-indication d'une réimplantation osseuse.

Messieurs, je termine en vous priant de vouloir bien déposer le travail de M. Verchère aux archives et de lui adresser des remerciements.

Présentation de malade.

Résection de l'extrémité supérieure du fémur pour une fracture du col non consolidée.

M. Paul Reynier. J'ai l'honneur de présenter à la Société une jeune fille de 24 ans, à laquelle j'ai pratiqué une résection de l'extrémité supérieure du fémur sous-trochantérienne, dans les circonstances suivantes :

Cette jeune fille était tombée il y a deux ans; après être restée au lit pendant deux mois, elle s'était mise à marcher péniblement avec des béquilles, et n'avait pu continuer à cause de la douleur. Elle avait repris le lit, qu'elle ne quittait pas depuis six mois, quand elle se décida à entrer dans mon service au mois de juillet 1890. A son entrée nous avions constaté une ascension très grande du grand trochanter, qui était dans la fosse iliaque externe, sous le muscle fessier. La jambe était dans l'adduction et la rotation en dedans. En présence de ces symptômes, nous fîmes le diagnostic erroné, ainsi qu'on le verra tout à l'heure, de luxation en arrière, luxation iliaque. Devant l'ancienneté du traumatisme, je me proposai d'essayer par une opération de remettre les choses en place, ou de réséquer si je voyais impossibilité de le faire.

Au lieu d'une luxation je me suis trouvé en présence d'une fracture du col non consolidée. La tête fémorale était dans la cavité cotyloïde, et n'était unie au grand trochanter, très remonté, que par quelques jetées osseuses, qui se brisèrent pendant que j'essayais de me rendre compte de la lésion, en faisant subir des mouvements au membre pour dégager le grand trochanter.

Dans ces conditions, je crus devoir enlever la tête fémorale qui jouait le rôle de corps étranger, et qui avait subi des altérations notables; mais je ne pus le faire qu'après avoir réséqué le grand trochanter qui, fixé solidement dans une position anormale, m'empêchait d'aborder la cavité cotyloïde, et qui ne se laissait pas abaisser. Cette résection fut faite sous-périostée. Les suites de l'opération furent très simples. Il n'y eut pas de suppuration. Le drain, que j'avais mis pour faciliter l'écoulement sanguin, fut enlevé le cinquième jour; le quatorzième jour j'enlevai les points de suture, la plaie était complètement réunie. Deux mois après, la malade se levait. Je me suis contenté, pendant tout le temps qu'elle resta au lit, de faire la traction sur le membre avec des poids, sans mettre aucun appareil.

Aujourd'hui, la malade peut marcher sans appareil et n'éprouvant aucune douleur. Elle n'a pas d'ankylose, et elle a tous les mouvements du fémur sur le bassin.

Elle a un raccourcissement de 5 centimètres qui est corrigé avec une bottine plus élevée.

Toutefois, par prudence, je ne la fais marcher qu'avec l'appareil de Lefort pour coxalgie, qui, prenant point d'appui sur l'ischion, et faisant traction sur le fémur, empêche l'os de remonter, et évite toute fatigue pour la nouvelle articulation. Je crois, toutefois, que je lui enlèverai bientôt cet appareil, qui ne me paraît plus très utile, la malade marchant très bien sans l'avoir.

J'ai cru qu'il était intéressant de présenter à la Société les résultats de cette opération, qui peut, dans les fractures du col du fémur non consolidées, rendre, comme on le voit, au malade un membre utile; l'observation, de plus, vient s'ajouter à beaucoup d'autres pour montrer les difficultés du diagnostic dans certains cas.

Présentation d'instrument.

M. Bouilly présente des pinces et des ciseaux fabriqués par M. Favre, munis d'un nouveau genre d'articulation. Le tenon est fixe, à surface cylindro-conique, ce qui donne une plus grande surface de pression sur la branche femelle. Cette dernière est munie d'une ouverture latérale, ce qui en permet le montage instantané, et évite de forcer le tenon, comme cela arrivait très souvent avec le tenon en T de Charrière. Le nettoyage de l'articulation est très facile. Enfin, l'instrument n'est pas plus cher qu'avec les autres systèmes.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,

G. Richelot.

Séance du 10 juin 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. C. Jacobs (de Bruxelles), posant sa candidature au titre de membre correspondant étranger, et envoyant à l'appui la liste de ses travaux ;

3° M. Moreau (de Charleroi) envoie huit brochures sur divers sujets de chirurgie à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger ;

4° *Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie par morcellement,* par M. C. Jacobs (de Bruxelles); M. Segond, rapporteur.

M. le président déclare vacantes quatre places de membres correspondants nationaux.

A propos du procès-verbal.

M. Championnière. Le rapport fort intéressant de M. Terrier m'a inspiré quelques réflexions que je vais vous soumettre le plus rapidement possible. Une première a trait à une question toute personnelle ; aussi, n'y insisterai-je pas longtemps. En nous parlant d'épilepsie jacksonnienne, M. Terrier a donné une statistique qui paraît au premier abord bien incomplète, au moins pour moi, si j'ai bien entendu toute la lecture, puisque j'ai donné des observations d'épilepsie jacksonnienne et que ces observations n'y figurent pas, tandis que des observations recherchées au fin fond de l'Amérique y brillent au premier rang. J'aurais même pu, si M. Terrier me les avait demandées, à ces deux observations bien connues, en joindre de nombreuses, puisqu'en dehors de tout traumatisme j'ai

fait la trépanation pour dix cas d'épilepsie jacksonnienne. J'aurais donc pu lui donner la moitié de sa statistique à moi tout seul.

Les premiers et les plus connus parmi ces cas sont les suivants :

Un homme, opéré le 10 février 1887 pour attaques épileptiformes débutant à droite, aphasie et paralysie incomplète du côté droit, ayant succédé aux premières attaques.

Le 7 février 1889, j'ai opéré pour épilepsie jacksonnienne, avec paralysie très incomplète à droite, un homme chez lequel, avec le Dr Letulle, nous avions diagnostiqué une hémorrhagie cérébrale de la frontale ascendante. Dans ces deux cas, l'opération qui me permit de trouver une hypérostose, puis d'ouvrir un foyer d'hémorrhagie cérébrale, donna aux sujets des améliorations considérables. J'ai là neuf autres observations prises sur huit malades, l'un ayant été opéré deux fois, et qui ont trait également à des épilepsies jacksonniennes. Ce ne sont donc pas pour les chirurgiens versés dans la chirurgie cérébrale des faits aussi rares que le rapport de M. Terrier pourrait le faire présumer. Encore n'ai-je pas voulu joindre à cette statistique quatre cas qui, ayant une origine franchement traumatique, me paraissent mériter une désignation spéciale tout en ayant les caractères assignés à l'épilepsie jacksonnienne.

Je tiens à rappeler ces faits, parce qu'il ne me paraît pas légitime de me frustrer, moi comme les autres chirurgiens français, dans l'histoire de cette chirurgie cérébrale que nous avons inventée et appliquée avant tous.

Le seul chirurgien qui m'ait précédé et montré la voie, ce fut Broca, qui conçut la pensée de la trépanation pour les troubles cérébraux et qui l'appliqua pour un cas d'aphasie. S'il échoua pour la guérison du sujet, cela n'empêche que son opération fut bien conçue et, opératoirement, permit la découverte d'un foyer.

Ce fut tout naturellement à mon maître Broca que je communiquai mes premiers essais, et ce fut lui qui m'encouragea dans la voie que j'ai suivie depuis, dans les conditions toutes nouvelles que nous créait la chirurgie antiseptique et les progrès sans cesse développés de l'étude des centres moteurs.

Il faut bien savoir que le nombre des chirurgiens qui ont largement pratiqué la chirurgie cérébrale est très restreint ; en Angleterre, Mac Even et Horsley, et beaucoup plus tard, en Amérique, Keen.

En dehors de ces chirurgiens ou de mes propres observations, vous ne trouverez que des cas isolés qui font honneur aux opérateurs, mais qui ne permettent pas toujours les conclusions générales que l'on en tire, d'autant plus que dans la plupart des obser-

vations il s'agit de faits incomplets récemment opérés avec amélioration passagère.

On se trompe, par exemple, d'une façon complète sur les chances de succès d'une opération guidée par l'épilepsie jacksonnienne ou symptomatique.

Qui dit, en effet, troubles moteurs localisés avec ou sans paralysie ne dit pas du tout que ces symptômes ne puissent être en coïncidence avec des altérations cérébrales sans manifestations extérieures ; et ces lésions cérébrales se retrouvent dans les suites opératoires d'une façon plus ou moins fâcheuse. Voici, par exemple, mon cas numéro 31, adressé par le professeur Jaccoud et le Dr Duflocq : accidents généraux très graves, épilepsie avec aura à gauche, début à gauche, vingt et une attaques dans la nuit qui a précédé l'opération. J'estimai qu'il y avait lésion dans la région des centres à droite, mais je pensai que ces lésions devaient être fort étendues en dehors. Trépanation, soulagement, amélioration très manifeste, quoique je n'aie rien trouvé ; mort treize heures plus tard. Il s'agissait d'un foyer hémorrhagique développé au voisinage de la région des centres en avant, au-dessous de la deuxième frontale.

Chez un homme plus jeune, envoyé par M. Hallopeau, troubles moteurs à gauche, diagnostic de lésion localisée à droite, accidents récents en apparence. Je pensai à des lésions considérables et j'opérai surtout pour laisser au sujet le bénéfice d'une opération s'il s'agissait de quelque localisation plus exacte que je ne le pensais. Je ne trouvai rien qu'une tension considérable de la masse cérébrale. Soulagement très manifeste par l'opération, parole plus facile. Mort quatre jours plus tard. Enorme tumeur partant de la base du cerveau et venant aboutir au point où la trépanation avait été faite sous les circonvolutions motrices. Cas analogue chez un sujet opéré le 16 janvier : tumeur de la base du crâne soulevant la région des centres à droite.

Enfin, dans un cas du professeur Charcot et de M. Hutinel, je trouvai dans le champ de la trépanatiou une sorte de foyer de méningo-encéphalite. Mais ce foyer n'était pas limité, et l'opération fut suivie d'une exacerbation de la méningo-encéphalite qui emporta le sujet.

Or, que prouvent tous ces cas dans lesquels, pour ma part, j'avais redouté la mort à l'avance plus encore que les médecins qui avaient étudié les sujets ? Ils prouvent qu'il est très bien de se fier à une localisation paralytique ou à des phénomènes de convulsions localisées et symptomatiques, mais que ce n'est là qu'un élément du pronostic et de la détermination opératoire.

L'irritation qui se traduit par les phénomènes de l'épilepsie

jacksonnienne peut avoir un foyer beaucoup plus étalé qu'on ne pense généralement. Même quand il s'y joint quelque trouble paralytique, ce qui est déjà fort avantageux au point de vue du diagnostic, il faut rester en défiance sur l'étendue des lésions.

Et cette défiance doit vous permettre d'établir deux faits très importants au point de vue du pronostic : le premier, c'est qu'alors la trépanation est un fait grave. Moi qui estime que la trépanation n'a aucune gravité en général et en tant que trépanation, j'estime qu'elle est très grave dans ces cas et donne facilement le coup de fouet nécessaire aux lésions cérébrales pour amener une mort plus ou moins rapide. J'ai assez d'expérience de la trépanation aujourd'hui pour affirmer ce fait, puisque dans tous les autres cas la bénignité de l'opération a contrasté avec le développement rapide des accidents mortels dans des cas où la mort pouvait encore tarder un peu.

D'autre part, il n'y aura pas de surprise à avoir si dans ces cas on n'amène pas la guérison. Il est bien naturel que la trépanation non seulement ne trouve pas de lésion, mais ne puisse guérir une pareille étendue de production pathologique.

Cela veut-il dire qu'il ne faut pas opérer? On voit que je ne l'ai pas pensé, puisque j'ai opéré dans ces mauvais cas. C'est que je crois le diagnostic précis infiniment plus complexe qu'on ne l'a affirmé tant qu'on n'a pas opéré ces sujets. Seulement, il faut savoir le faire avec défiance si on ne veut pas compromettre la cause de la trépanation. Je dois dire que M. Horsley a insisté avec raison sur le fâcheux pronostic des opérations dans les cas de ces opérations pour lésions à grande extension.

On peut remarquer dans ces cas un phénomène curieux, du reste, et encourageant. Quelque graves qu'aient été les suites opératoires, en a pu voir les sujets très manifestement soulagés. Le sujet de mon observation 31, qui mourut treize heures après l'opération et qui restait comateux jusqu'à cette opération, se réveilla complètement et put, dans la journée, parler, boire et suivre ses deux voisins qui jouaient aux échecs. Il s'était donc produit une détente dans son état. Il en fut presque de même sur le malade de M. Hallopeau pendant deux jours, de façon à faire croire à la guérison prochaine.

Cela tient certainement à ce qu'un des modes d'action les plus puissants de l'opération, c'est de décomprimer le cerveau, et cette décompression contribue puissamment à modifier l'état des épileptiques, vrais et faux, symptomatiques et essentiels.

Quelle que soit la cause de la trépanation, cette décompression jouera un rôle capital ; de là ce précepte de faire des orifices très larges, précepte que M. Horsley a beaucoup développé, comme je

l'avais fait moi-même en créant ma méthode de recherche des centres. Voilà de longues années, en effet, que j'ai bien établi la formule d'une région à découvrir plutôt que d'un point à atteindre, dans la plupart des applications de la chirurgie cérébrale.

En effet, la première indication qui domine dans cette chirurgie, c'est de découvrir largement une région déterminée dans laquelle il faudra se diriger ensuite; et c'est là ce que j'ai montré à faire en établissant les propriétés de la ligne rolandique et en donnant les moyens de la découvrir. C'est ce qui fait que, de concert avec les chirurgiens qui ont fait beaucoup de chirurgie cérébrale, je n'attache qu'une importance médiocre aux critiques de ma méthode qui portent sur un prétendu écart de 1 ou 2 centimètres dans les recherches. D'abord, cet écart n'existe guère, et puis, quel intérêt cela aurait-il pour un chirurgien comme Horsley qui commence par une couronne de trépan de 5 centimètres, ou pour moi-même qui commence par 3 centimètres de diamètre, pour arriver à faire des baies qui mesurent jusqu'à 6 sur 7 centimètres.

Je fais jouer pour ma part un grand rôle aux phénomènes de décompression que l'on provoque. Chez les épileptiques vrais, cette décompression est l'origine des améliorations passagères ou définitives. Dans les cas d'épilepsie symptomatique, elle a certainement joué un rôle dans les améliorations que j'ai obtenues. Dans mon premier et mon second cas, j'ai trouvé des lésions bien précises : exostose et hémorrhagie cérébrale. Dans deux autres, où j'ai vu disparaître les crises épileptiques, je n'ai pu constater qu'un état inflammatoire des méninges et des couches superficielles du cerveau, et je pense que l'amélioration a été due à ce que j'ai desserré cette partie du cerveau malade. Dans les quatre cas où mon intervention suivait de loin un traumatisme, deux fois j'ai enlevé des corps étrangers déterminant des accidents, mais deux fois l'amélioration ne pouvait se rapporter qu'à un desserrement du cerveau, la région opérée étant loin de la région des centres moteurs.

C'est précisément à cause de ce mode d'action du trépan qu'il ne faut pas tirer des conclusions trop prématurées des suites immédiates de l'intervention. Si j'avais jugé les miennes après quelques mois, beaucoup auraient été des guérisons incontestables.

Malheureusement, les phénomènes convulsifs ont une facilité de retour extraordinaire, même après d'assez longues périodes d'accalmie. Quelquefois aussi, il arrive que les phénomènes convulsifs reviennent, mais considérablement atténués.

En ce qui concerne la valeur directrice de l'épilepsie jacksonnienne, je crois qu'il ne faut pas s'en exagérer l'importance. Si les convulsions restent localisées, elle a beaucoup plus de valeur. Elle

a plus de valeur encore quand elle est complétée par une monoplégie transitoire ou permanente. Seule, elle guide assez imparfaitement. Dans les deux observations relatées par M. Verchère et M. Terrier, ils n'ont constaté aucune lésion précise et ils sont à la recherche d'une interprétation pour l'amélioration qu'ils ont obtenue.

En relatant sa propre observation, M. Terrier nous rapporte que M. Marie a déterminé pour lui sa région opératoire. Il ne dit pas par quel procédé, ce qui aurait eu quelque intérêt. Si M. Marie a suivi le mien, il me semble qu'il n'était pas bien nécessaire de faire appel à ses lumières ; pour cela, M. Terrier n'a-t-il pas du reste des aides habituels, qui ont la topographie cérébrale dans le sang, et n'était-il pas plus simple de leur confier cette mission ?

M. Terrier a insisté avec raison sur un point que j'ai maintes fois examiné : celui de l'inutilité de la réimplantation osseuse. En effet, cette réimplantation osseuse qui, peut-être, rendra des services dans des circonstances déterminées, est sans utilité toutes les fois qu'il s'agit d'ouvrir le crâne, guidé par des accidents cérébraux. Dans tous ces cas, en effet, la détente du cerveau jouera un rôle considérable et nous aurons intérêt à faire persister les effets de cette détente le plus longtemps possible. Pourquoi chercher à durcir prématurément l'enveloppe du cerveau ? Mais il y a mieux encore. Cette reconstitution de la paroi osseuse crânienne que l'on obtient, très imparfaitement du reste, au prix d'inconvénients sérieux, est absolument inutile si on fait une chirurgie sans suppuration.

Lorsque la réparation est faite sans suppuration après la trépanation, la paroi protectrice, constituée par le péricrâne fondu avec la dure-mère, est absolument suffisante, et, pour ma part, je n'ai jamais vu aucune nécessité d'appareils protecteurs pour les grandes baies crâniennes que j'ai formées, et je ne crois guère à l'utilité pratique de la réimplantation osseuse.

Pour me résumer, je joins à ma communication ces dix observations d'épilepsie jacksonnienne, ayant mené à onze trépanations, et je fais constater que l'épilepsie jacksonnienne est un guide pour la trépanation, mais un guide imparfait. Quatre cas ont trait à des sujets dont trois étaient agonisants et le quatrième très gravement atteint. Les six autres sujets, dont l'un a été trépané deux fois, ont été guéris facilement de leur trépanation et quatre ont été très améliorés. L'amélioration n'est devenue une guérison complète dans aucun de ces cas.

La raison de ces insuccès relatifs réside certainement en partie dans l'époque tardive à laquelle est survenue l'intervention. Dans la grande majorité des cas, on hésite beaucoup avant de se décider

à provoquer une intervention, cela est deux fois regrettable. Au début, l'intervention aurait beaucoup plus de chances de guérir. Elle serait infiniment plus innocente. J'insiste sur ce fait, parce qu'il semble encore à beaucoup de médecins qu'on doit se contenter de l'intervention comme dernière ressource; or, c'est absolument le contraire qu'il faut faire. Les interventions tardives déconsidèrent le trépan et ne font guère de bien aux malades. Elles sont dangereuses, tandis que le trépan, primitivement, devait être absolument bénin.

Malgré cela, je puis conclure des observations que je publie que l'on peut tirer, même dans les cas les plus mauvais, des améliorations très encourageantes, tantôt pour des lésions précises, tantôt même en l'absence de lésion constatée, quelle que soit la théorie qui explique l'atténuation des accidents cérébraux.

Obs. I. — *Trépanations pour épilepsie jacksonnienne.*

N° 9. — Michel (Henri), 29 ans, peintre, opéré le 10 février 1887.

Attaques débutent brusquement, il y a trois ans; perte de connaissance, morsure de la langue, aphasie et, coïncidant avec cette crise, paralysie du membre supérieur droit.

Parésie du membre supérieur et du membre inférieur droits; convulsions épileptiformes rares.

Trépanation dans la région des centres à gauche; une grande couronne et une petite avec un pont. Ablation d'une hypérostose considérable.

Dès le deuxième jour, la main est portée facilement sur la tête; la jambe ne traîne plus. Aphasie moins améliorée. Pas d'attaques dans les deux mois de séjour. Écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien.

Il n'y a pas eu guérison, mais amélioration notable.

Obs. II. — *Hémorrhagie cérébrale ancienne.*

N° 26. — Broulac (Guillaume), 53 ans, charbonnier, opéré le 7 février 1889. Envoyé par le Dr Letulle.

Accidents ont débuté brusquement en mai 1887. Hémorrhagie cérébrale, chute, perte de connaissance et paralysie incomplète de la main droite très passagère. Huit jours après, vertiges, paralysie nouvelle et premier accès de secousses convulsives dans la main droite, puis se généralisent. A l'entrée, on constate : contracture de la main droite, jambe traînante, commissure labiale déviée, troubles de la parole. Affaiblissement de l'intelligence; perte de la mémoire. Attaques tous les quinze jours.

Trépanation le 7 février 1889 (en présence du Dr Lannelongue), dix-huit mois après l'accident. Couronne en bas et en avant de la ligne rolandique. Agrandissement à la pince pour découvrir la frontale ascendante 7/4. Dure-mère adhérente. On découvre en avant du sillon

un foyer rempli de matière ocreuse évacuée. Suture des méninges. 1 drain.

Attaques disparues à la suite de l'opération. Huit mois sans attaques. Attaques rares, paralysie très améliorée.

Obs. III. — *Première opération.*

N° 30. — Bollack (Adeline), 18 ans, mécanicienne, opérée le 20 juin 1889. Envoyée par M. Pierre Laffée.

Début des attaques depuis cinq ans, trois mois après la menstruation à 13 ans et demi.

Deux crises par mois. Début par le bras droit; pas de cri, pas de troubles de la parole. Cinq crises du 31 mai au 20 juin. Dans l'intervalle, tremblement dans le bras droit.

Trépanation à gauche. Grande couronne en avant de la partie moyenne de la ligne rolandique, agrandie 70/49. Incision de la dure-mère. Aspect normal de la frontale ascendante un peu injectée. Membrane tendue, sectionnée; sutures de la dure-mère; 2 drains.

Deux crises en juillet le 8 et le 29; une crise en août.

Amélioration très grande, pendant huit mois plus que de petites attaques, puis retour des accidents.

Deuxième opération.

N° 39. — Bollack (Adeline), 18 ans, mécanicienne.

A la suite de la dernière opération, a été améliorée; crises moins graves. Les accidents semblent se rapprocher et débutent par la main droite.

Nouvelle trépanation le 10 juillet 1890, treize mois après la première.

Incision de façon à découvrir la marge antérieure de la première baie.

Petite couronne agrandie (48/50) en avant et en haut, ouverture des méninges; écoulement de liquide, sutures; deux drains. Première attaque cinq jours après; le neuvième jour, six attaques violentes.

Depuis, grande amélioration.

Obs. IV.

N° 31. — Berthelot (Philibert), 42 ans, chapelier, opéré le 9 décembre 1889, mort le même jour. Envoyé par le Dr Duflocq.

Aura de l'épigastre vers le cou, puis bruit très fort allant du côté gauche du thorax au côté gauche de la tête, et début de l'attaque, soulèvements de la joue et convulsions semblables du moignon de l'épaule. Durée de quinze à trente secondes et salivation abondante. Ces accidents auraient commencé il y a six jours. La veille de l'opération, vingt et une attaques.

Trépanation, incision sur la ligne du centre à droite. Rien de caractéristique. Suffusion sanguine sous-arachnoïdienne, méninges sectionnées; liquide céphalo-rachidien. Hémorrhagie; catgut empilé; baie

de 9 centimètres de long, 4 centimètres au point le plus rétréci et 5 centimètres.

Amélioration immédiate manifeste, puis meurt brusquement à onze heures du soir. Hémorrhagie cérébrale au-dessous de la deuxième frontale à droite.

Obs. V. — *Épilepsie jacksonienne. Tumeur cérébrale.*

N° 32. Gauchey (Ferdinand), 30 ans, garçon d'hôtel, envoyé du service de M. Hallopeau, opéré le 9 novembre 1889, mort le 13 novembre.

Début 18 mois, puis les crises disparaissent. A la fin d'octobre 1889, réapparition des accidents, état semi-comateux; crises d'épilepsie partielle du côté droit. Après les attaques, le bras droit reste inerte, puis les mouvements reparaissent; faiblesse du membre inférieur gauche.

Trépanation gauche. Incision de la dure-mère, on ne trouve rien.

Le jour même, le malade se sent soulagé ; il parle plus facilement ; le lendemain, nouvelles crises puis coma, et mort quatre jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouve sur l'écorce au point trépané une tumeur allongée située entre la circonvolution en avant de la frontale ascendante. Sur la face interne de l'hémisphère gauche, à la partie interne de la première frontale, tumeur arrondie déprimant l'hémisphère du côté opposé et ne faisant qu'un avec la tumeur corticale.

Obs. VI. — *Epilepsie jacksonienne. Tumeur de la base du crâne.*

N° 33. — Colombat (Antoine), 29 ans, journalier, opéré le 16 janvier 1890, mort le 20.

Coup de pied de cheval, il y a six ans, au niveau de la suture sagittale, puis deux ans après céphalalgie et douleurs orbitaires à droite. Cesse de travailler en 1887. Faiblesse des membres surtout à droite. Exophtalmie surtout droite. Pas d'attaques.

Trépanation le 16 janvier 1890, à gauche, baie de 64 sur 58. Incision des méninges. Rien d'apparent sur la substance corticale, sutures, un drain.

Opération bien supportée; un peu de paralysie gauche, mort le quatrième jour.

A l'autopsie, tumeur de la base du crâne comprimant les parties avoisinantes qui paraissent même atrophiées.

Obs. VII. — *Hémorrhagie cérébrale ancienne. Epilepsie jacksonienne.*

N° 37. — Borit (François), 47 ans, cultivateur, envoyé par le Dr Neveux, opéré le 19 juin 1890.

Chute sur la tète étant enfant. Déformation du crâne à droite.

Il y a quatorze mois, attaque apoplectique, puis brusquement, crampe du bras gauche et secousses du côté gauche; perte de connaissance courte. Hémiplégie légère, marche difficile ; aucun mouvement de la main gauche.

Trépanation droite, baie de 48/58 sur la ligne des centres : dure-mère pas très adhérente. La pariétale et la frontale ascendante détruites, transformées par un épanchement sanguin. Nettoyage. Un drain.

Il se sent soulagé. A la sortie, hémiplégie peu modifiée. Les mouvements du bras, la marche, la parole paraissent plus faciles. Pendant plusieurs mois aucune attaque, depuis quelques petites; marche mauvaise.

Obs. VIII.

N° 42. — M. Fruchart, 43 ans, opéré le 22 novembre 1890, mort le 25 (MM. Charcot et Hutinel).

Attaques épileptiformes ; début par la jambe gauche ; altération de la santé générale et surtout de l'état mental. Attaques quotidiennes et même bi-quotidiennes. Perte de la mémoire. Crampe de la jambe gauche. Trépanation droite, baie 62/51 sur la pariétale ascendante. Dure-mère sans lésions. Suffusion séreuse très abondante sous l'arachnoïde. Grains transparents analogues à ceux de la tuberculose. Teinte opaline des méninges. Circonvolutions rougeâtres, sutures ; un drain.

Mort au bout de soixante heures. Température modérée, délire, agitation, signes de méningo-encéphalite aiguë. Pansement au bout de quarante-huit heures. Pas de pus. Pas d'autopsie.

Obs. IX. — *Méningo-encéphalite traumatique.*

N° 45. — Roussel (Ferdinand), 45 ans, concierge, opéré le 26 février 1891.

Chute du premier étage il y a sept ans. Deux ans après, aura à gauche remontant à la face. Céphalalgie. En décembre 1890, hémiplégie gauche; étourdissements et mouvements convulsifs de la mâchoire inférieure.

Trépanation sur la ligne rolandique droite (58/61), substance cérébrale un peu dure. Ne semble pas altérée. Drainage. Neuf crins.

Hémiplégie complète le deuxième jour. Le 15 avril (45e jour), il peut élever le bras perpendiculairement au tronc. Les troubles convulsifs de la mâchoire ont disparu, mai 1891.

M. Terrier. Sur beaucoup de points, je suis d'accord avec M. Championnière.

Je pense, comme lui, qu'il faut toujours faire une large ouverture au crâne, même si les phénomènes sont nettement localisés.

Je pense que la réimplantation osseuse est mauvaise. Si nous admettons que le cerveau est soulagé par le fait de la décompression, il semble évident qu'on doit rejeter une manœuvre opératoire qui tend à reproduire la compression.

Sur le chapitre des indications, étant données les conditions dans lesquelles se présente l'épilepsie jacksonienne, y compris

les cas où les lésions nous échappent, il semble bien que, dans le doute, on ne doit pas s'abstenir. C'est l'opinion de M. Charcot comme la nôtre ; nous admettons qu'il faut opérer, bien que les résultats ne soient pas toujours brillants, même en présence de phénomènes très localisés, monoplégiques.

Nous sommes aussi d'accord sur la gravité du trépan dans certains cas. On dit souvent que l'opération est bénigne pourvu qu'elle soit antiseptique. Soit ; j'ai vu cependant des morts rapides à la suite de la trépanation, notamment dans un cas d'épilepsie essentielle opéré par un de mes collègues.

Voici maintenant les points sur lesquels nous différons quelque peu, M. Championnière et moi :

Il m'a reproché l'insuffisance de mon historique. Je lui répondrai que je n'ai pas eu l'intention de reprendre l'histoire du trépan, qu'il exposerait certainement avec plus d'autorité que moi.

Il a rappelé une opération qu'il a faite pour *hémorrhagie cérébrale*, et que j'avais omise. C'est là un chapitre à part, et tout à fait distinct de celui de l'épilepsie jacksonienne. Nous verrons plus tard ce que vaut l'indication tirée d'une hémorrhagie cérébrale, et ce sera fort intéressant; mais je n'avais pas à m'arrêter sur ce point spécial.

Il m'a demandé pourquoi je n'avais pas mesuré le crâne moi-même, au lieu de confier ce soin à M. le Dr Marie. Ma raison est celle-ci : le malade venait du service de M. Charcot, et m'était présenté par M. Marie, son chef de clinique. Dans d'autres cas, j'ai mesuré moi-même, en me servant du procédé très simple indiqué par M. Championnière.

Sur la question de la décompression cérébrale, j'avoue que je ne suis pas aussi édifié que paraît l'être mon collègue. Je ne sais nullement comment peut agir la brèche faite au crâne pour calmer les phénomènes cérébraux, quand on ne trouve pas une lésion positive à traiter. Au lieu d'invoquer la décompression, j'aime mieux dire que je ne sais pas.

Enfin, je voudrais bien savoir l'opinion de M. Championnière sur la valeur de la pratique suivante, recommandée par quelques chirurgiens anglais. Quand, après l'ouverture du crâne, ils ne trouvent pas de lésion, ils font l'ablation des centres nerveux, sains d'apparence, qui sont supposés régir les phénomènes cliniques. Ils cherchent à reproduire ces phénomènes par l'excitation électrique, et, ayant ainsi déterminé les points de l'encéphale dans lesquels ils soupçonnent une altération biologique, ils les enlèvent. Font-ils mieux que ceux qui n'enlèvent rien? Le tissu de cicatrice qui résulte de l'opération ne sera-t-il pas le point de départ de nouveaux phénomènes pathologiques?

Ici, tous les raisonnements ne valent rien contre l'expérience ; or, pour mon compte, je n'en ai aucune.

M. Championnière. Contrairement à l'opinion exprimée par M. Terrier, je crois que mes observations devaient trouver place dans une statistique d'épilepsie jacksonienne. Celle-ci est bien l'épilepsie symptomatique, et c'est précisément pour cela que les médecins ont admis qu'elle donnerait une bonne direction aux opérations. Si, dans les opérations de M. Verchère et de M. Terrier, on n'a rien trouvé, cela ne veut pas dire que la lésion n'existait pas, mais qu'elle existait ailleurs.

C'est précisément pour cela que j'ai dit que, l'épilepsie jacksonienne pouvant se rencontrer avec des lésions étendues et éloignées, il ne fallait pas trop se fier à elle seule pour la direction.

J'ai dit que lorsqu'elle était accompagnée de paralysies ou de contractures localisées, les conditions de direction étaient meilleures. Cela ressort précisément de celles de mes observations où j'ai bien découvert la lésion dans toute son étendue et obtenu une modification très heureuse des symptômes.

J'ai dit que le trépan pouvait être plus grave qu'on ne l'imagine, mais cela me paraît tenir à des conditions à prévoir. Le trépan en lui-même n'a pas une gravité bien grande ; mais s'il est fait sur un sujet en possession d'une *grosse lésion cérébrale*, cette gravité augmente beaucoup. Toutefois, il y a toujours un élément de gravité du trépan dont on ne tient pas assez de compte : l'hémorrhagie. Celle-ci est toujours considérable, et je suis convaincu qu'un opérateur inexpérimenté peut perdre son malade d'hémorrhagie, sans s'en douter en quelque sorte, si celui-ci était à l'avance quelque peu affaibli.

M. Terrier a rappelé qu'une de mes observations était un cas d'hémorrhagie cérébrale. Il était, au moment de sa publication, unique, et c'est en effet un cas très particulier. Mais il n'en était pas moins caractérisé par l'épilepsie jacksonienne, et c'est là ce qui nous a permis, à M. Letulle et à moi, d'affirmer le siège de la lésion.

M. Terrier ne croit pas à la décompression, et cependant je trouve, moi, que dans son opération relativement heureuse, c'est la seule chose qui lui ait permis d'avoir un soulagement. Je crois, du reste, que la décompression intra-crânienne devient manifeste pour tous ceux qui ont beaucoup pratiqué l'opération. En effet, quelle que soit l'origine des convulsions, dans l'épilepsie dite essentielle comme dans l'épilepsie symptomatique, les effets de la décompression sont rapides et manifestes. Elle suit l'ouverture des méninges et l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. La

coloration des extrémités, la cessation du refroidissement des mains et de leur cyanose est très frappante, et les effets de cette détente cérébrale, persistant toujours un certain temps, donnent des résultats favorables pendant une certaine période, quelle que soit la cause de l'épilepsie.

M. Terrier voudrait savoir quelle est mon opinion sur la pratique de résection des centres, conseillée et exécutée par quelques chirurgiens dans les cas d'épilepsie localisée. Je pourrais lui répondre que je n'ai pas d'opinion bien motivée, n'ayant jamais fait ni vu faire cette ablation des centres.

Cependant je crois qu'on peut émettre à cet égard quelques présomptions. D'abord cette ablation des centres, très rarement pratiquée du reste, n'a pas, que je sache, donné de résultats bien satisfaisants.

Puis elle ne me paraît pas aussi logique qu'elle paraît l'être pour d'autres. Aussi, à défaut de l'épreuve du succès opératoire, je me tiendrai à son égard dans une certaine réserve. *A priori* il me paraît bien risqué de faire l'ablation d'un centre moteur, en comptant sur les suppléances pour le retour du mouvement dans les parties paralysées.

Au cours des opérations dans les régions des centres et sans qu'on ait enlevé ces centres, on est déjà fort ennuyé par les paralysies qui surviennent, et on attend un peu longtemps quelquefois leur disparition. Ce doit être plus long encore et plus ennuyeux après la résection des centres.

Puis surtout, pour que cette opération fût justifiée, il faudrait qu'il fût bien démontré que la convulsion prend exactement et d'une façon limitée sa source dans la circonvolution, dans le centre incriminé. Or, c'est précisément le contraire que démontrent nos observations. Qui dit convulsion ne dit pas du tout limitation de la lésion excitatrice, et cette extirpation, qui n'est pas logique du tout, a beaucoup de chances de produire des accidents et de ne rien guérir. Voilà la raison pour laquelle l'extirpation aveugle du centre moteur ne me paraît pas à recommander.

Ceci est, je le répète, un peu théorique, mais cependant bien déduit de l'expérience que nous donne la pratique répétée de la chirurgie cérébrale.

Communication.

De l'utilisation du périoste dans la suture du tendon d'Achille. Procédé de reculement de l'insertion.

Par M. FELIZET.

La suture du tendon d'Achille est une opération simple et d'un succès à peu près assuré.

Il y a des cas cependant dans lesquels les conditions de la blessure rendent l'intervention réparatrice malaisée, lorsque, par exemple, le tendon étant coupé au ras du calcanéum, il n'y a pas à proprement parler de bout inférieur.

Les deux intéressantes communications de M. Poncet (de Lyon) m'ont donné l'idée de communiquer à la Société un fait de blessure du tendon mené à bonne fin.

Comme l'opération date de deux ans bientôt et que l'accident n'a laissé aucune trace, la particularité du procédé que je vais décrire trouvera sa justification dans le résultat obtenu.

M. F..., conducteur principal des ponts et chaussées, 10, rue de Lécluse, est un homme d'une constitution vigoureuse. Il a 45 ans.

Il a souffert à plusieurs reprises d'attaques rhumatismales, à la suite desquelles il a acquis une lésion mitrale, se traduisant par un léger bruit du souffle à la pointe et aux deux temps.

L'accident est survenu le 14 juillet 1889 à midi.

M. F... se lavait les pieds dans un bidet, quand le fond du vase se rompit, fut traversé par le pied, dont l'extrémité postérieure rencontra une arête en biseau.

Hémorrhagie immédiate abondante. Le Dr Maury, appelé en toute hâte, reconnut que l'artère tibiale postérieure n'était pas intérressée, mais que le tendon d'Achille était divisé en totalité.

Il installa un bandage compressif et antiseptique en attendant.

Voici l'état dans lequel nous trouvons le blessé quatre heures après l'accident.

L'hémorrhagie est arrêtée : la perte de sang a été considérable, de 300 à 400 grammes environ.

La plaie de la peau est oblique de dehors en dedans et de haut en bas, elle mesure 4 centimètres de longueur, elle intéresse dans sa totalité le tendon d'Achille.

L'angle externe montre une zone de tissu cellulaire infiltré de sang. L'angle interne laisse apercevoir une petite grappe de veines variqueuses, immédiatement contiguë au nerf tibial postérieur, veines dont la blessure a causé l'hémorrhagie : l'artère et le paquet des veines tibiales postérieures sont hors de cause.

Le bout supérieur est remonté de 3 centimètres au moins.

Quant au bout inférieur, il n'existe pas, la section ayant eu lieu au ras de la face supérieure de la saillie du calcanéum.

Le pied est en demi-flexion et la pointe légèrement déjetée en dehors en valgus.

En poussant plus loin l'examen, voici ce que nous constatons.

Le pied étant mis dans l'attitude de l'extension forcée, le bout supérieur est encore loin du calcanéum et il est très dur à attirer en bas ; mais, après une minute environ de cette attitude forcée, nous le voyons se relâcher, assez pour qu'on puisse, en l'attirant avec une pince à griffe, lui faire affleurer le calcanéum.

La suture tendineuse étant indiquée, la grande difficulté de l'opération dépendait de l'absence du bout inférieur.

L'opération, à cause de l'état du cœur, fut pratiquée sans chloroforme.

Le premier temps consista à constituer un bout inférieur, et voici ce qui fut fait.

Deux incisions descendant verticalement de chacune des extrémités de la plaie formèrent une sorte de valve à base inférieure qui fut rabattue pour découvrir la section.

L'insertion du tendon d'Achille fut abaissée au-dessous de la bourse séreuse, en détachant le périoste, sur une étendue de 12 ou 15 millimètres environ, et éloignée du calcanéum. Entre la limite inférieure de ce décollement et le bord supérieur du calcanéum, on détacha avec un gros bistouri un prisme du bord postérieur du calcanéum. On possédait ainsi un bout inférieur périostéo-tendineux, mobile et solide, suffisamment épais pour se greffer sur le bout du tendon gastro-cnémien, indépendant, grâce à l'excision osseuse, de la nouvelle face postérieure du calcanéum, et promettant par le fait de cette indépendance, une mobilité entière de fonctionnement. Il s'agissait, en fait, d'un reculement de l'insertion du tendon au calcanéum.

Ce dernier, privé de ce segment prismatique, n'avait rien perdu de sa résistance à l'insertion du tendon d'Achille, et nous croyions pouvoir espérer que cette petite altération de la forme cuboïde de sa grande apophyse n'aurait pas de conséquence sensible au point de vue de la locomotion.

La suture tendineuse se fit bout à bout, avec une grande simplicité, au moyen de 4 anses de soie phéniquée fine.

Suture de la peau avec la soie, pansement iodoformé.

Le pied, maintenu dans l'extension par notre ami le Dr Maury, fut immobilisé dans une attelle de tarlatane plâtrée, consistant en une attelle postérieure ouverte en fenêtre oblongue pour laisser passer le talon, et en un étrier.

15 *juillet*. Pas de fièvre, pas de douleur.

Les suites furent très simples. Pas de fièvre, pas de douleur locale, la gêne même de l'extension forcée cessa le 3e jour.

22 *juillet*. On enlève les sutures cutanées. La plaie est réunie, à part un petit point de suppuration à l'angle externe.

Le Dr Maury suit le malade pendant le cours du mois d'août.

Le 3 *septembre* nous trouvons la guérison complète.

L'appareil étant enlevé, nous sentons au niveau de la suture tendineuse un petit renflement régulier, véritable *cal tendineux*, renflement répondant à la réparation de la solution de continuité.

La jointure tibio-tarsienne, malgré six semaines d'extension forcée, est assez libre.

La flexion imprimée au pied agit intégralement sur le tendon du triceps sural sans allonger ni endolorir notre suture.

Bains de pied, massages.

Les premiers essais de marche furent faits au moyen d'une chaussure à semelle large, garnie à l'intérieur d'une masse oblique de liège, dont le plan incliné épousait l'obliquité de la plante du pied encore en équinisme.

L'épaisseur du liège, de 6 centimètres au début, fut abaissée progressivement, à mesure que le pied reprenait son aptitude à la flexion.

A la fin du mois de septembre, la hauteur de la semelle était de 1 centimètre.

Un mois plus tard on la supprimait et le malade marchait, en boitant très peu, avec une chaussure ordinaire.

L'emploi de cette semelle de liège, dont on diminuait progressivement l'épaisseur à mesure que la flexion du pied s'améliorait, avait pour résultat d'assurer constamment l'application de la plante du pied sur un plan solide, et de mettre le malade à l'abri des chocs et des à-coups susceptibles de rompre la soudure encore fraîche du tendon d'Achille.

Avec le pied ainsi assuré, nous avons pu, sans imprudence, faire faire au malade des marches assez longues.

En *décembre* 1889 nous revoyons notre opéré, il est absolument guéri : il ne souffre pas, il ne boite pas, il s'élève sur les pointes des pieds sans fatigue; le tendon est encore un peu épaissi. Le pied n'est plus exposé aux gonflements du soir. Mon opéré marche sans peine. Il a repris l'exercice des armes dans lequel il excellait, et une carte que nous recevons de lui ces jours-ci contient les mots :

« Remerciements d'un tendon d'Achille qui se demande s'il a jamais été coupé. »

L'intérêt de cette observation réside dans les faits suivants :

A. — Au point de vue opératoire :

1° Suture tendineuse avec constitution d'un bout inférieur périostéo-tendineux;

2° Mobilisation du bout inférieur à la faveur d'une excision suffisante de la grande apophyse du calcanéum.

B. — Au point de vue du traitement :

Marche précoce et sans danger de rupture, grâce au plan incliné

de liège sur lequel le pied s'applique à pleine plante, et que l'on diminue progressivement à mesure que la fonction se rétablit.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 17 juin 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. Nicaise, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

3° Lettre de M. Buffet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Elbeuf, posant sa candidature au titre de membre correspondant national, et envoyant à l'appui une brochure intitulée : *Cinq ans de chirurgie dans un hôpital de petite ville;*

4° Lettre de M. Adrien Schmit, médecin major, posant sa candidature au titre de membre correspondant national (liste de ses titres à l'appui);

5° *Aphonies et Enrouements*, par M. Paul Rangé (de Challes);

6° *Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire*, t. X, 2e partie, 1890;

7° M. Roux (de Lausanne), membre correspondant, adresse à la Société la note suivante :

D'un nouveau procédé applicable aux interventions sur le poumon,
par Roux (de Lausanne).

Je soumets à la Société de chirurgie un mode de procéder dans les interventions sur le poumon, qui garantit l'opérateur contre les in-

convénients du pneumothorax soudain et artificiel, en même temps qu'il éviterait la double intervention si on voulait en généraliser l'emploi. Je l'ai essayé tout récemment, et avec un plein succès, sur un sujet chez lequel il s'agissait de rechercher une caverne pulmonaire dans le sommet du poumon droit non adhérent avec la plèvre costale, en avant.

Au lieu de chercher à provoquer des adhérences, pour opérer plus tard, ou bien de risquer un pneumothorax artificiel et de le faire disparaître en remplaçant l'air par un liquide qu'on aspire en totalité au moment de fermer la plaie thoracique, j'ai procédé de la façon suivante :

Après avoir incisé les muscles intercostaux, mis à nu la plèvre pariétale et vu au travers de celle-ci les mouvements du poumon absolument libre, j'ai suturé tout autour de la plaie la plèvre pariétale avec la plèvre viscérale, en harponnant avec l'aiguille courbe la substance du poumon, au moment où l'inspiration le faisait pour ainsi dire proéminer dans la plaie. Mais au lieu de placer de simples points coupés de suture au moyen de cette aiguille courbe, ce qui provoque des hiatus (dans la plèvre pariétale) par lesquels l'air pénètre instantanément, j'ai fait ce que les femmes appellent chez nous une suture *à arrière-point*, c'est-à-dire que l'aiguille traversant les plèvres, harponnant le poumon et ressortant un peu plus loin en sens inverse, est réintroduite de la même manière entre le point d'entrée et celui de sortie, pour émerger plus loin que le premier point de sortie et rentrer de nouveau entre les deux derniers points de sortie, etc.

C'est une suture continue dont les deux chefs peuvent se nouer ensemble lorsqu'on a donné le tour du cercle ou de l'ovale qu'on veut isoler pour pénétrer ensuite sans crainte de pneumothorax dans le poumon.

Cette suture continue, dont les points peuvent être multipliés à loisir, provoque un accollement parfait des plèvres sans que la traction soit bien forte sur le fil, ce qui évite absolument les déchirures et les hiatus que provoque nécessairement une suture à points coupés suffisamment serrés.

La largeur de la zone d'accollement est donnée par l'écartement des points, indiqué lui-même par la nécessité de piquer l'aiguille *à côté* du fil déjà passé; on peut augmenter à volonté cet écartement, comme on pourrait à la rigueur faire une double série d'arrière-points parallèles, ce qui semble inutile.

Il me semble utile de communiquer cette manière de procéder, parce qu'elle m'a réussi à souhait, tandis que les points coupés permettaient chaque fois la pénétration d'une petite quantité d'air entre les deux plèvres.

La *suture à arrière-points* que j'ai faite jeudi dernier, il y a donc six jours, a fort bien tenu. Pas une bulle d'air n'a pénétré les plèvres; aucune irritation inflammatoire, pas plus que les phénomènes auscultatoires ou les signes pendant l'opération n'ont laissé soupçonner la moindre illusion. Le malade, sans fièvre, se lève déjà; l'auscultation

ne révèle rien de nouveau et je suis persuadé qu'on peut, dans chaque cas, provoquer un accollement certain des deux plèvres, et cela en un seul temps, par cette suture à arrière-points du poumon pêché au moyen de l'aiguille courbe à travers la plèvre pariétale.

Si l'idée est neuve, je serais content de l'avoir signalée à la Société de chirurgie; si elle est anciene, je la recommande, après épreuve convaincante.

A propos du procès-verbal.

M. Schwartz. A propos de l'intéressant rapport de M. Terrier et de la communication de M. Lucas-Championnière sur la trépanation dans l'épilepsie jacksonienne, nous avons l'honneur de vous communiquer une observation à l'appui des différentes conclusions énoncées par mes prédécesseurs.

Il s'agit d'un homme de 42 ans, fort, très corpulent, chez lequel s'est manifestée depuis quelques années une paralysie faciale gauche nettement d'origine centrale, en même temps que se produisit une violente céphalée et des attaques d'épilepsie qui, dans ces derniers temps, sont devenues subintrantes de façon à faire craindre une terminaison fatale à brève échéance. La dernière attaque est terminée il y a quelques heures quand nous voyons le malade, qui a été examiné déjà par mon collègue le docteur Dejerine il y a quatre jours.

Au point de vue des commémoratifs, le patient était tombé dans le temps sur la tempe droite, où il présente actuellement encore une cicatrice, mais non douloureuse à la pression, et qui d'ailleurs ne l'a jamais fait souffrir.

Il y a dix ans, il a été atteint de pleurésie purulente (probablement interlobaire). Elle a été ponctionnée deux fois à blanc et finalement s'est terminée par une vomique. A peine convalescent de sa pleurésie, M. D... a eu la rougeole ou du moins une maladie éruptive qui y ressemblait beaucoup, du muguet, un état général grave; néanmoins la guérison est survenue assez rapidement. Les antécédents morbides cérébraux remontent à l'époque de sa pleurésie. Dix mois avant qu'elle se soit manifestée, il a été sujet à des pertes de connaissance. Quelques mois après, il a commencé à avoir des crises épileptiformes avec pertes de connaissance, morsures de la langue. Ces crises revenaient au moins tous les mois ; elles furent éloignées par un traitement au bromure de potassium, et depuis trois à quatre ans le malade n'avait guère que deux ou trois attaques par année. L'hémiplégie faciale gauche, limitée à la sphère du facial inférieur, est apparue peu à peu depuis quelques années.

Au mois de juin 1890 la scène change; il commence à ressentir de violentes douleurs dans le côté droit de la tête, l'écriture s'altère; elle est tremblée, hachée, inégale; la mémoire s'affaiblit, l'intelligence

est moins nette, la marche devient vacillante, le malade porte instinctivement la tête en arrière et penchée à gauche. Il y a du myosis, les pupilles sont paresseuses; petit à petit l'intelligence, qui était restée très vive, diminue ; D... s'endort en mangeant, il porte ses aliments à côté de la bouche ; il lui arrive par moments de ne pas reconnaître les personnes de son entourage. Cependant les réflexes sont conservés normaux; il n'y a pas d'autre paralysie que celle de la face, qui s'accentue. La céphalée augmente, les crises épileptiformes redeviennent journalières et se succèdent à intervalles répétés. Le 2 novembre, coma pendant tout le jour; de même le 3 novembre. C'est alors que M. le Dr Dejerine, consulté, pense à une tumeur probablement corticale de l'hémisphère droit. (Ces renseignements m'ont été obligeamment fournis par le docteur Rouiller, de Tonnerre, médecin du malade; nous l'en remercions bien vivement.)

Depuis que les derniers phénomènes pathologiques ont éclaté, il a été soumis au traitement antisyphilique intensif pour juger la question d'origine vénérienne; cela n'a pas empêché les accidents de continuer et de progresser.

L'examen du malade le 6 novembre permet de constater, outre la cicatrice déjà indiquée, la paralysie faciale à gauche, l'existence, au niveau de la région temporale, d'un point de la voûte crânienne qui cède sous le doigt et donne la sensation d'une lame élastique dépressible, revenant à sa situation primitive dès que l'on cesse la compression. Celle-ci, à ce niveau, est excessivement douloureuse, mais ne détermine aucun phénomène de compression cérébrale. Du côté opposé rien de semblable. Il y a manifestement à droite un amincissement pathologique de l'écaille du temporal à sa jonction avec le frontal. Tout en constatant par les mensurations faites à l'aide du procédé de notre collègue et ami Poirier, qui m'avait obligeamment prêté les épreuves de son travail sur la trépanation, que la zone osseuse dépressible ne répondait pas à la zone motrice faciale, nous fûmes d'avis, M. le Dr Dejerine et moi, qu'il pouvait s'agir d'une compression à distance par un abcès ou une tumeur cérébrale. Il était de plus indiqué de parer le plus rapidement possible aux accidents graves, qui pourraient emporter le patient d'un moment à l'autre, par une large trépanation qui, si elle ne pouvait être curative, serait au moins palliative par la décompression qu'elle produirait.

La trépanation fut pratiquée au niveau du point affaibli de la voûte crânienne ; j'en enlevai d'abord une rondelle avec le ciseau et le maillet, puis, avec la pince-gouge, j'agrandis rapidement l'ouverture vers le haut, de façon à lui donner les dimensions de deux pièces de 5 francs juxtaposées.

La partie amincie et presque transparente avait environ les dimensions d'une pièce de 1 franc, puis l'os reprenait peu à peu et insensiblement son épaisseur et sa consistance normales. Dure-mère saine. Aucun battement. Celle-ci est incisée le long du bord inférieur et relevée sous forme d'un lambeau; elle découvre l'encéphale parcouru par de grosses veines turgescentes, et la masse cérébrale vient faire

hernie presque aussitôt dans l'orifice créé par le trépan. Aucune altération appréciable de sa surface. Le doigt la déprimant sent une masse profondément située, comme résistante, qui nous fait espérer que nous allons trouver une tumeur liquide. Je fais successivement deux ponctions profondes de 6 à 7 centimètres à deux endroits différents, avec le trois-quart n° 2 de l'appareil de Dieulafoy. Il ne s'écoule rien en retirant lentement la canule. Il s'agit bien manifestement d'une tumeur profonde et inaccessible. Nettoyage de la plaie. Suture de la dure-mère au catgut. Drainage. Suture du lambeau cutané après forcipressure. Pansement iodoformé ouaté.

Il n'y eut plus d'accès épileptiformes, je ne sais ce qu'il advint de la paralysie faciale, mais le malade succomba le troisième jour avec des signes bien nets d'encéphalite diffuse et une ascension de la température jusqu'à 42°. Malheureusement l'autopsie n'a pas été faite.

M. Championnière. L'intérêt du fait de M. Schwartz est dans le volume de cette tumeur; on la découvre sans pouvoir l'enlever, et le malade succombe rapidement. Cela est en rapport avec les opinions que j'ai émises dans la dernière séance; mais cela ne veut pas dire que l'opération du trépan soit *grave par elle-même*, opinion que m'ont prêtée plusieurs comptes rendus de journaux et contre laquelle je tiens à protester. J'ai dit que la trépanation *peut devenir une opération grave du fait d'une grosse lésion cérébrale*. C'est ainsi que nous voyons quelquefois succomber rapidement, après une simple laparotomie exploratrice, des malades qui ont une grosse tumeur cancéreuse. Mais il ne faut pas conclure de ces faits que le trépan fait courir, par lui-même, de grands dangers aux malades, et partir de là pour ne vouloir l'appliquer qu'aux moribonds.

Il y avait, chez le malade de M. Schwartz, des phénomènes complexes, pouvant faire prévoir des lésions étendues. L'opération ne m'en paraît pas moins légitime; mais le résultat fait ressortir les difficultés que présente, ainsi que je l'ai fait remarquer, l'histoire clinique de l'épilepsie jacksonienne.

Rapport.

Sur un travail de M. le Dr Phocas (de Lille), intitulé : *Contribution à l'étude du genu valgum infantile et de son traitement.*

Rapport par M. E. Kirmisson.

Dans le travail que nous a adressé le Dr Phocas, cet auteur examine deux points différents; d'abord, l'étude nosologique (pa-

thogénie et symptômes) du genu valgum de l'enfance, puis son traitement.

Le plus souvent, nous dit M. Phocas, le genu valgum infantile est double, et nos observations personnelles nous permettent de confirmer sous ce rapport les assertions du chirurgien de Lille. Tandis, en effet, que, dans l'adolescence, nous rencontrons un très grand nombre de cas de *genu valgum* unilatéral, dans l'enfance, au contraire, la difformité est le plus souvent double. Souvent le genu valgum a paru à M. Phocas dépendre d'une malformation tibiale. L'autopsie d'un enfant atteint d'un double genu valgum rachitique, et, qui avait succombé à la diphthérie, lui a permis de vérifier cette origine tibiale de la difformité. Dans ce cas, les extrémités fémorales étaient normales; le plateau tibial était obliquement dirigé; le cartilage juxta-épiphysaire de l'os présentait également une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Comme l'auteur, nous avons observé un certain nombre de cas dans lesquels l'origine de la malformation était évidemment tibiale; mais notre expérience personnelle nous conduit à penser avec Mac Ewen que, dans le plus grand nombre des faits, le genu valgum a son origine dans une déformation du fémur, portant soit sur les surfaces articulaires, soit sur l'extrémité inférieure de l'os en totalité.

Le genu valgum de l'enfance est toujours lié au rachitisme. De nouvelles recherches sont nécessaires, d'après M. Phocas, pour établir la proportion des cas dans lesquels on peut admettre l'origine congénitale ou héréditaire de la maladie. En attendant, l'auteur nous rapporte un cas intéressant au point de vue de l'hérédité. Il s'agit d'une petite fille de 4 ans, atteinte d'un double genu valgum assez prononcé. La mère déclara que l'enfant était venue au monde avec les jambes tordues. Le père est lui-même porteur d'un genu valgum datant de la jeunesse. Un frère de la petite fille, âgé de 8 ans, présente également un genu valgum plus prononcé à droite, et qui, d'après la mère, serait d'origine congénitale. Enfin, un autre frère, âgé de 2 mois, a été opéré d'un bec-de-lièvre simple à gauche.

Parmi les observations de M. Phocas, il en est une qui est intéressante en ce que l'enfant présentait, en même temps qu'un genu valgum, une ankylose du genou dans la demi-flexion. Il s'agit d'un enfant de 3 ans et demi, qui portait un double genu valgum. Le sommet du genou paraît être le condyle interne du fémur; le genu valgum est donc fémoral, mais les tibias sont également le siège de courbures rachitiques. La flèche du genu valgum mesure, de chaque côté, 3 centimètres et demi; l'écartement des deux malléoles internes est de 12 centimètres. Le genou ne peut être com-

plètement étendu, et ce phénomène se prononce davantage quand l'enfant est debout. Dans le décubitus horizontal, on n'arrive pas à l'extension complète de la jointure ; les genoux restent toujours dans une légère flexion. M. Phocas se demande quelle est la cause de cette demi-ankylose du genou, sans pouvoir répondre à cette question autrement que par des hypothèses. Peut-être cela est-il dû, nous dit-il, aux courbures concomitantes du fémur et du tibia ? Peut-être aussi les épines tibiales développées en arrière du plateau tibial empêchent-elles l'extension complète ?

M. Phocas appelle l'attention sur la coexistence avec le genu valgum d'autres déformations rachitiques des membres inférieurs, qui, suivant qu'elles agissent dans le même sens, ou en sens contraire, peuvent exagérer ou, au contraire, masquer la difformité du genou. Il nous rapporte, dans ses observations, des exemples de l'une et l'autre variété. Le genu valgum, pour peu qu'il soit prononcé, ne va pas sans modifier considérablement les conditions de la marche et de la station. De là des chutes qui peuvent devenir l'origine de graves complications. Cette remarque conduit M. Phocas à nous faire connaître un cas bien instructif tiré de sa pratique :

Il s'agit d'une petite fille de 4 ans, atteinte d'un double genu valgum. Chez elle, l'écartement intermalléolaire mesurait 13 centimètres; la flèche, de chaque côté, était de 4 centimètres environ. Le 18 août, M. Phocas pratique chez cette enfant des tentatives d'ostéoclasie manuelle sur l'un des deux genoux; il échoue, et se met en devoir de faire, du côté opposé, l'ostéotomie, se proposant de pratiquer plus tard la même opération sur le membre qui avait subi les tentatives d'ostéoclasie.

L'instrument employé est l'ostéotome n° 3 de Mac Ewen. L'ostéotomie est difficile, à cause de la dureté extrême de l'os; toutefois la correction est faite sans violence; pansement à l'iodoforme; appareil plâtré. Le lendemain, tout va bien; mais, le surlendemain, 20 août, la température s'élève à 39°. Soupçonnant quelque faute dans l'antisepsie, on défait le pansement; on trouve la cuisse un peu tuméfiée, mais la plaie est en bon état. Néanmoins, on pratique une irrigation continue, et l'on fait passer dans la plaie trois litres d'une solution faible de sublimé.

En cherchant quelle pouvait être la cause de l'élévation de la température, on apprit que, deux jours avant l'opération, la petite fille avait fait une chute, et s'était fait une petite plaie au niveau du front, qui avait été pansée immédiatement. Or, en enlevant le pansement de la tête, on rencontra un volumineux abcès, qui s'était formé à droite du front. Le pus fut immédiatement évacué, et l'on put espérer que cet incident n'aurait pas de suites. Malheureusement un érysipèle se déclara, envahissant la face et le cuir

chevelu, et se compliquant d'une pneumonie qui détermina la mort, le douzième jour après l'opération. La plaie opératoire fut examinée à plusieurs reprises, et jamais on n'y constata la moindre trace de suppuration.

Ce fait prouve avec quel soin doivent être examinés les malades avant une opération, et nous devons savoir gré à M. Phocas de nous avoir communiqué cet exemple d'une intervention malheureuse sans doute, mais qui renferme en elle-même de si précieux enseignements.

Il est encore, parmi les observations de M. Phocas, un fait qui mérite d'être cité, en ce qu'il nous offre un exemple d'une exostose attribuable au rachitisme. Il s'agit d'un enfant de 1 an, qui portait, en même temps qu'un double genu valgum, une tuméfaction osseuse sur la face externe du tibia droit, à sa partie moyenne. Cette tuméfaction, qui avait été prise pour une ostéite tuberculeuse, disparut progressivement en même temps que la correction du genu valgum fut obtenue.

Pour ce qui est du traitement du genu valgum de l'enfance, M. Phocas arrive aux conclusions suivantes : il pense que, dans la plupart des cas, le redressement progressif par les appareils est applicable. Quand le genu valgum est double, il donne la préférence à l'appareil de Heine, dans lequel un coussin est interposé entre les genoux, puis les deux jambes sont rapprochées l'une de l'autre au moyen d'une bande élastique. Dans ce procédé, le redressement est obtenu en agissant surtout sur l'extrémité inférieure du tibia, qui représente un long levier; les ligaments de l'articulation du genou sont nécessairement tiraillés et distendus. Aussi, pour ma part, je donne toujours la préférence au procédé qui consiste à placer au côté externe du membre une attelle et à attirer au moyen d'une bande le genou en dehors. On agit ainsi sur le sommet de l'angle constitué par la difformité. Le genou tout entier, extrémité inférieure du fémur, extrémité supérieure du tibia, est compris dans l'appareil. L'action n'est plus limitée au tibia comme dans le procédé de Heine; elle s'exerce aussi par l'extrémité inférieure du fémur qui est, comme le démontrent les faits, le siège principal de la difformité.

Lorsque le genu valgum est très prononcé et que déjà les os ont acquis une consistance assez solide pour présenter un obstacle considérable au redressement, il vaut mieux avoir recours à l'ostéoclasie manuelle. Celle-ci est-elle impossible, vu l'éburnation de l'os, M. Phocas donne la préférence à l'ostéotomie supra-condylienne par le procédé de Mac Ewen. J'adopte entièrement cette dernière conclusion. Je craindrais, chez les jeunes enfants, de recourir à l'ostéoclasie instrumentale; je redouterais de produire

chez eux des arrachements ligamenteux et osseux, je redouterais surtout pour la peau et les parties molles la conséquence d'une pression violente limitée en un point très étroit, qui pourrait donner naissance à des eschares. L'ostéotomie, dans laquelle l'action du chirurgien est parfaitement limitée, me semble un procédé beaucoup plus sûr. Pour ma part, j'ai eu recours trois fois jusqu'ici à l'ostéotomie dans le genu valgum de l'enfance. Une fois, chez un enfant de 3 ans et demi, atteint d'un double genu valgum; le redressement put être obtenu à gauche, mais à droite l'éburnation était telle que nous avons dû avoir recours à l'ostéotomie supra-condylienne. Chez un autre petit malade de notre service, âgé de 5 ans, et portant également un genu valgum double, j'ai dû pratiquer successivement des deux côtés l'ostéotomie. Dans ces trois cas, la cicatrisation s'est faite par première intention, sans le moindre incident, et le redressement du membre n'a rien laissé à désirer.

Tel est, Messieurs, le travail de M. Phocas, renfermant, comme vous le voyez, des faits intéressants. Je vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur, en déposant son mémoire dans nos archives.

Je vous rappelle, en outre, que M. Phocas, ancien interne des hôpitaux de Paris, est actuellement professeur agrégé à la faculté de médecine de Lille; déjà, à plusieurs reprises, il nous a envoyé des travaux intéressants. Je vous demande donc de l'inscrire, en rang très honorable, sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Rapport.

Hernie congénitale de l'ombilic. Rupture du sac avant la naissance. Cure radicale pratiquée sept heures après la naissance. Guérison, par le Dr DE LARABRIE (de Nantes).

Rapport par M. A. ROUTIER.

Sous ce titre, M. le Dr de Larabrie (de Nantes) nous a envoyé l'observation d'un enfant né le 1er décembre 1890, après deux jours et demi de travail; cet enfant, bien constitué du reste, présentait au niveau de l'ombilic, dit l'auteur, une ouverture anormale de l'abdomen, par où sortait un paquet intestinal.

Peu d'instants après sa naissance, cet enfant avait rendu du

méconium, avait uriné, et quand M. de Larabrie fut appelé auprès de lui, il n'y avait pas eu de vomissements.

L'intestin ainsi sorti mesurait de 25 à 30 centimètres de long et présentait une coloration d'un rouge vif; c'était la terminaison de l'iléon et le cæcum avec son appendice. Tout autour de l'anse, et bordant l'orifice ombilical, existait une collerette membraneuse avec la partie supérieure de laquelle se continuait le cordon.

Cette collerette, haute de 2 ou 3 centimètres, se continuait par son bord adhérent avec la peau de l'abdomen, nettement limitée par un bourrelet. Cette membrane paraissait constituée par la substance même du cordon et son feuillet amniotique.

La réduction ne put être faite directement; il fallut débrider par en haut, détruire trois adhérences rouges, épaisses, qui furent liées au catgut et coupées.

Cela fait, l'intestin réduit, M. de Larabrie excisa cette collerette membraneuse, emportant à la fois cette membrane et le cordon ombilical; puis la paroi fut suturée et pansée au salol.

Les suites furent simples; le 9, les fils de la suture étaient enlevés et la réunion était parfaite. L'enfant s'est bien élevé.

Cette observation confirme une fois de plus la théorie de la formation de ces hernies par arrêt de développement; le fait est ici évident, puisque l'enveloppe de la hernie était constituée par des membranes embryonnaires et que la peau, c'est-à-dire la paroi abdominale bien constituée, s'arrêtait juste au niveau de l'orifice.

Ces adhérences de l'intestin hernié sont signalées dans presque toutes les observations de ce genre; on a voulu les expliquer par une péritonite fœtale.

La conduite de M. de Larabrie me paraît à l'abri de toute critique; les suites de son intervention sont venues la confirmer.

A la Société anatomique, M. Calbet vient de présenter une observation de hernie ombilicale congénitale, où aucune enveloppe n'entourait l'intestin.

J'opposerai à cette observation un fait analogue paru en janvier 1891, dû au Dr P. Jean (de Maubeuge). Il s'agit aussi d'un enfant né à terme qui, par une ouverture à gauche et en contact avec l'anneau ombilical, laissait sortir son iléon et son cæcum.

La réduction fut ici possible sans débridement, sans destruction d'adhérences; il n'y a malheureusement pas dans l'observation des détails anatomiques suffisants sur la constitution du sac déchiré, sur l'insertion du cordon; tout porte à croire que c'était comme dans le cas de M. de Larabrie.

Moins hardi, le Dr P. Jean n'a pas fait la suture; bien plus, rap-

pelant l'opinion de Bérard, de Vidal de Cassis, qui la conseillaient malgré l'époque où vivaient ces auteurs, M. le Dr Jean la proscrit, disant qu'elle n'est pas seulement inutile, mais qu'elle est nuisible.

Or, si on lit l'observation de son petit malade et si on la compare à celle de M. de Larabrie, on voit que si la guérison a eu lieu, ce n'a pas été sans encombre; il y a eu des signes d'obstruction intestinale, des vomissements fécaloïdes; les extrémités se sont refroidies, le pouls n'était plus perceptible.

Mais, comme l'a dit Trousseau, les enfants reviennent de tous les diables, et celui-ci a guéri.

Je crois donc qu'en pareil cas, c'est la conduite tenue par M. de Larabrie qui est la bonne; il faut, en somme, traiter cette hernie ombilicale congénitale comme on la traiterait vingt ans plus tard.

Je vous propose donc d'adresser des remerciements à l'auteur, de déposer son observation aux archives et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Discussion.

M. Berger. Faut-il, dans l'observation dont M. Routier nous a présenté l'analyse, parler de « sac herniaire »? Cette hernie appartient au groupe des hernies embryonnaires; il s'agit donc d'une rupture de la membrane ventrale primitive.

La différence des résultats obtenus par M. de Larabrie et par d'autres chirurgiens s'explique sans doute par les différents états qu'on observe dans l'arrêt de développement. Il y a un vice de développement complexe, caractérisé par la persistance du pédicule de la vésicule ombilicale; c'est une véritable hernie diverticulaire qu'on observe alors; elle est extra-péritonéale, mais il est difficile de le reconnaître, car on méconnaît la persistance du pédicule. Or, cette disposition explique bien la persistance d'une fistule diverticulaire.

Il est indiqué, dans ces cas, d'exciser les bords de l'orifice herniaire, comme l'a fait M. de Larabrie.

M. Routier. J'ai risqué en passant l'expression de sac herniaire; mais il est bien entendu que j'ai écrit dans mon rapport « membrane embryonnaire ».

Rapport.

Sur trois communications de M. le Dr Chaput, intitulées : 1° *Rupture du tendon du triceps, incision et suture sans drainage, guérison avec intégrité de l'extension ; 2° Fracture ancienne de la rotule avec extension conservée et gêne de la flexion ; ablation du fragment supérieur, guérison avec résultat fonctionnel excellent ;* 3° *Une nouvelle pince entérotome.*

Rapport par M. L.-G. Richelot.

Les travaux que nous a présentés M. Chaput et dont j'ai à vous rendre compte roulent sur des questions qui ont fait depuis longtemps l'objet particulier de ses études. Vous connaissez la compétence de l'auteur sur l'histoire des fractures de la rotule et sur la chirurgie intestinale.

I. — Il s'agit d'abord d'un homme de 67 ans qui, en tombant sur le dos, s'est rompu le tendon du triceps. Immédiatement au-dessus de la rotule est une dépression très profonde qui mesure environ un travers de doigt de hauteur, 8 à 10 centimètres dans le sens transversal. Le malade est dans l'impossibilité absolue de détacher le pied du lit. La dépression augmente par la flexion passive.

Le 16 août 1889, notre collègue procède à la suture du tendon tricipital. Il trace une incision courbe analogue à celle de la résection du genou, dissèque et relève le lambeau et tombe sur une énorme déchirure à bords contus, ecchymosés, qui porte sur le tendon du triceps et en même temps sur les fibres charnues latérales. Dans le cul-de-sac de la synoviale, largement ouvert, il trouve un peu de liquide séro-sanguinolent. Il excise quelques fragments tendineux et musculaires, puis suture avec l'aiguille de Reverdin par dix points au catgut. Suture de la peau sans drainage ; suites normales et réunion parfaite. Le 22 novembre, l'extension se fait bien et la flexion dépasse l'angle droit.

Telle est l'observation résumée, dont il n'y a pas d'autre exemple en France, dit l'auteur. Quant aux raisons qui ont dicté à M. Chaput sa conduite, voici comment il les expose : « La largeur considérable de la déchirure, ainsi que l'étendue de l'écartement, m'ont paru de nature à compromettre gravement les fonctions ultérieures... A la rigueur, je pouvais essayer des méthodes ordinaires et ne faire qu'une suture tardive, motivée par des troubles fonctionnels graves. Mais c'eût été courir au-devant de difficultés opératoires le plus souvent insurmontables. Mes recherches personnelles sur les fractures de la rotule m'ont démontré que la

suture secondaire était souvent insuffisante, toujours difficile, et impossible assez fréquemment ; or, les deux lésions sont absolument comparables. »

J'admets le rapprochement fait par M. Chaput entre la fracture et la rupture tendineuse, et je pense qu'il a très bien fait d'intervenir immédiatement. Mais, de ses deux motifs d'intervention, largeur de la déchirure, étendue de l'écartement, le premier me semble avoir beaucoup plus de valeur que le second. L'écartement n'avait qu'un travers de doigt, et s'il eût été limité dans le sens transversal, s'il eût représenté, en d'autres termes, une simple désinsertion du droit antérieur, la guérison spontanée sans troubles fonctionnels eût été à peu près certaine, comme cela arrive dans les fractures de la rotule, quand la solution de continuité porte exclusivement sur l'os et que l'insertion des deux vastes au fragment inférieur est conservée. Mais il y avait aussi déchirure des fibres charnues latérales, et la dépression mesurait 8 à 10 centimètres en largeur. Voilà ce qui compromettait l'extension et était grave pour l'avenir du membre ; voilà ce qui appelait une intervention immédiate.

Je donnerai comme preuve à l'appui de ce que j'avance l'histoire abrégée d'un malade que j'ai observé en juin 1890. C'était un homme de 60 ans environ, qui se fit, en tombant dans un escalier, une déchirure du tendon tricipital. M. le D[r] Colonna Ceccaldi le trouva assis sur une marche et ne pouvant se relever, constata la dépression au-dessus de la rotule, et ayant fait transporter le blessé à son domicile, lui mit un appareil ouaté compressif. Appelé à donner mon avis, je laissai l'appareil pendant quelques jours ; puis le membre fut mis en liberté, et je vis à mon tour une dépression profonde avec un écart d'un travers de doigt, une ecchymose prononcée, un peu de liquide articulaire. Mais la déchirure était limitée dans le sens transversal et respectait les insertions musculaires aux deux angles de la rotule ; le droit antérieur était seul intéressé. Le genou fut entouré d'un peu d'ouate, sans immobilité rigoureuse, et les muscles de la cuisse électrisés régulièrement. A diverses reprises, on imprima quelques mouvements au genou ; bientôt le malade pouvait soulever sa jambe ; la dépression était comblée par un tissu résistant, et malgré son âge et son rhumatisme, il marcha doucement au bout d'un mois. En d'autres termes, il guérit comme il l'aurait fait après une petite fracture de la rotule, c'est-à-dire sans gros épanchement dans l'article et sans déchirures latérales. Je ne vois pas ce que la suture eût fait de mieux dans l'espèce.

II. — La seconde observation de M. Chaput a trait à une frac-

ture de la rotule qui, avant d'être examinée par notre collègue, avait été immobilisée dans le plâtre pendant quarante jours ; blessé le 18 mars, levé après cinquante-cinq jours, le malade avait marché dans un silicate jusqu'au mois d'octobre. Hâtons-nous de dire que ce traitement est aussi détestable qu'il est classique, et que si on cherchait à obtenir à la fois la raideur et la faiblesse du membre, il ne faudrait pas procéder autrement.

M. Chaput examine le malade le 21 octobre et trouve une cuisse atrophiée, un écart de 3 centimètres, une flexion à peu près nulle. L'extension est satisfaisante et le talon se détache assez bien ; cependant l'extension rectiligne ne peut être obtenue, à cause de l'insuffisance musculaire. Et l'auteur ajoute :

« Il était facile de constater que la flexion était arrêtée brusquement, comme par un obstacle subitement interposé; en même temps le fragement supérieur était tout à coup immobilisé. Selon toute évidence, l'obstacle était dû à ce fragment; il s'agissait donc du type 4, 2e variété, que j'ai établi dans ma thèse.

« Dans cette variété, la flexion est gênée par le cal trop long qui tire perpendiculairement sur le fragment supérieur, au lieu de le tirer dans l'axe. Aussi ce fragment s'applique-t-il à plat contre la face antérieure du fémur, et d'autant plus fortement que la flexion est plus énergique. Une autre considération non moins importante, c'est que le cul-de-sac sous-tricipital disparaît dans les fractures anciennes, et que les adhérences se prolongent à la face profonde du fragment supérieur; ces adhérences sont tellement solides qu'elles suffiraient à elles seules pour empêcher la flexion. »

Je partage l'avis de notre collègue sur le rôle des adhérences, et nullement sur la longueur du cal fibreux. Un cal de 3 centimètres n'est pas trop long pour attirer le fragment supérieur et le faire glisser sur le fémur, si ce fragment est mobile. Si, au contraire, il est adhérent, la flexion est entravée, et cela d'autant plus que le cal fibreux, loin d'avoir une longeur exagérée, est court et inextensible. On voit souvent, en effet, que dans les premiers temps, le genou est raide, parce que l'oblitération du cul-de-sac synovial et l'immobilité du fragment supérieur limitent provisoirela flexion; mais, bientôt, par les efforts de la marche ou par un exercice méthodique, le cal se distend peu à peu tandis que le fragment reste à sa place, l'écartement s'accentue, et à mesure que le cal s'allonge, la flexion augmente et s'achève. C'est là un fait clinique intéressant que j'ai maintes fois observé.

Les lésions constatées déterminent M. Chaput à faire une opération qu'il a le premier préconisée dans sa thèse, l'ablation du fragment supérieur. Le 18 novembre 1889, il découvre ce fragment, incise verticalement le périoste, le décolle avec la rugine et extrait

l'os de sa niche fibreuse sans que l'articulation soit ouverte. A la suite de cette intervention, les fonctions s'améliorent progressivement, avec les bains sulfureux, le massage, l'électricité, l'exercice du membre, et, le 8 octobre 1890, quand l'opéré est montré à la Société de chirurgie, l'extension est vigoureuse et à peu près rectiligne, la flexion atteint l'angle droit ; l'homme a repris son métier de camionneur, il porte de lourds fardeaux, marche facilement, monte et descend les escaliers comme tout le monde.

Je ferai remarquer en passant que, par les traitements employés et par l'exercice du membre, l'extension est devenue « vigoureuse et à peu près rectiligne ». Et cependant, l'écartement n'a pas diminué, il n'y a pas eu de rapprochement ; bien au contraire, par l'ablation du fragment supérieur, il y a eu désunion plus complète.

« Si l'on me demande, dit l'auteur, pourquoi j'ai préféré l'ablation du fragment supérieur à la suture de la rotule, je répondrai que les deux opérations ont des indications très différentes, et que la suture s'adresse aux cas où il y a un écartement considérable des fragments *avec déchirure étendue des tissus fibreux latéraux*, lésions qui rendent l'extension presque impossible.

« Au contraire, quand la flexion est gênée, il faut recourir à l'ablation des fragments osseux qui entravent les fonctions du membre. »

Les conclusions de M. Chaput me paraissent justifiées ; je pense que, s'il avait suturé la rotule, vu la fixité du fragment supérieur, le genou de son malade fût devenu encore plus raide sans devenir plus fort. Mais, en approuvant sa conduite, je ne voudrais nullement passer pour un adversaire systématique de la suture de la rotule ; seulement, quand certains de nos collègues la préconisent d'une façon presque générale et lui font gloire de certaines restaurations fonctionnelles assez rapides, j'estime qu'il y a, dans leur mode de traitement, deux éléments qu'on aurait tort de confondre : 1° le rapprochement des fragments par la suture ; 2° le parti pris d'immobiliser très peu. Ces deux éléments ont, à mon avis, une valeur très inégale. Dans la méthode ancienne, on immobilisait à outrance, pendant 40, 50 et 60 jours, et le malade sortait de son appareil avec un genou raide et un triceps impotent. Voilà ce que nous évitons aujourd'hui, et voilà pourquoi nos résultats sont meilleurs ; mais il ne faut pas attribuer à la suture ce qui revient surtout à la mobilisation.

J'ai le souvenir d'un malade présenté ici par M. Kirmisson, le 27 mars 1889, qui avait, après suture, un cal fibreux et des fragments écartés. L'opéré marchait bien, avec un membre fort et un genou mobile ; mais le but de l'opération, qui est d'obtenir le con-

tact parfait, n'était pas atteint. Si donc il marchait bien, ce n'est pas à la suture qu'il le devait.

Je ne veux pas rappeler les faits très nombreux sur lesquels j'ai appelé l'attention [1], et qui démontrent que l'écart des fragments, la désinsertion du droit antérieur, n'est pas la cause ordinaire de l'impuissance du membre : écarts nuls ou très minimes coïncidant avec des fonctions abolies, parce que l'atrophio musculaire est considérable ; écarts énormes avec de bonnes fonctions, parce que l'atrophie musculaire est insignifiante ou guérie. Mais un type surtout m'a frappé, et je l'ai vu bien des fois : un homme encore jeune se fracture la rotule ; il est mis classiquement dans un appareil, y reste longtemps, et en sort avec un cal fibreux très serré, un genou raide et un muscle affaibli. Il marche d'abord très mal ; mais, comme il est jeune, peu à peu les mouvements reparaissent et la raideur diminue. A mesure que la flexion augmente, le cal fibreux s'allonge et les fragments s'écartent. La force revient, le muscle se répare physiologiquement, tout en restant plus mince. Enfin, il arrive un moment où la distance entre les fragments mesure jusqu'à 10 et 12 centimètres, et c'est alors que les fonctions du membre sont parfaitement rétablies, y compris souvent les « mouvements de luxe », comme disait Gosselin, c'est-à-dire l'extension active.

Ce fait, qui est loin d'être rare, ne prouve-t-il pas, mieux que tous les raisonnements, que le membre est guéri quand le muscle est bon et l'articulation mobile, et qu'il faut s'attacher bien plus à obtenir ce double résultat qu'à mettre les fragments au contact parfait ?

Je trouve une démonstration nouvelle de cette vérité clinique dans un écho qui nous vient de l'étranger. Le 11 mai 1891, à la Réunion libre des chirurgiens de Berlin, Bergmann a présenté un malade opéré il y a deux ans pour une fracture de la rotule, et chez lequel on avait obtenu un cal fibreux solide. Peu à peu la cicatrice s'est allongée; aujourd'hui, elle mesure 11 centimètres ; néanmoins le malade se meut librement, marche et vaque à ses occupations. Le chirurgien berlinois attribue le bon état fonctionnel aux « faisceaux fibreux supplémentaires » ; et Wolff, trouvant cette communication fort importante, s'avise de penser que les fonctions de la jambe ne dépendent pas seulement de la solidité de la cicatrice, comme on le croit « depuis les travaux de Bruns » ; et Kœhler dit avoir observé un malade chez qui les deux fragments, restés

[1] L.-G. Richelot. Sur l'état fonctionnel du membre inférieur à la suite des fractures transversales de la rotule (*Union médicale*, 26 avril et 27 septembre 1885).

désunis, permettaient de sentir les condyles à travers la peau, et qui, cependant, pouvait marcher et monter sur une chaise.

Ainsi les Allemands sont en train de découvrir aujourd'hui ce que nous avons établi en France depuis plusieurs années.

Il faut donc, à mon avis, pour bien traiter les *fractures simples* de la rotule, les fractures à petits écartements primitifs, mettre en œuvre avant tout les moyens qui préviennent l'ankylose et l'atrophie musculaire : absence d'immobilité complète, mobilisation précoce, massage, électricité. Quant aux fragments, s'ils font mine de trop s'écarter, il est utile de les maintenir par des procédés simples, car je ne vais pas jusqu'à soutenir que l'écartement soit bon et qu'il faille le respecter quand même.

Cela dit, il y a certainement des cas justiciables de l'arthrotomie et de la suture, sans parler des fractures avec plaie : tels sont les gros épanchements qui font craindre l'ankylose, certaines fractures itératives, et surtout les déchirures latérales avec un écartement *primitif* considérable ; car le grand écart, s'il est primitif, a généralement pour condition la déchirure latérale. J'ai déjà reconnu qu'une fracture de la rotule qui s'accompagne de large rupture des parties fibreuses n'est plus seulement une désinsertion du droit antérieur; c'est une véritable dislocation articulaire, les deux vastes ayant perdu eux-mêmes une partie de leurs attaches au tibia et ne pouvant plus agir efficacement sur le levier osseux. Il faut admettre alors que la solution de continuité est la première cause de l'impotence, et qu'il est nécessaire de réunir les parties divisées.

On le voit, la suture des fragments n'est pas « le traitement » des fractures transversales de la rotule, comme notre ami Championnière s'efforce de l'établir depuis longtemps; mais c'est un traitement pour certaines fractures. C'est ce que M. Chaput me paraît avoir bien compris, en établissant que, dans certains cas, il est bon d'enlever au lieu de réunir.

III. — Le dernier travail présenté par M. Chaput nous donne la description d'une nouvelle pince entérotome. Elle mesure 17 centimètres de longueur totale. Les mors ont 8 centimètres, les branches sont aplaties et flexibles, munies d'une crémaillère à 7 crans.

Les mors sont composés d'une pièce mâle épaisse d'un millimètre et large de cinq, destinée à agir de champ, et striée sur son bord interne ; d'une pièce femelle de même largeur (5 millimètres). Le bord interne de celle-ci présente une gouttière large de 2 millimètres et profonde d'autant.

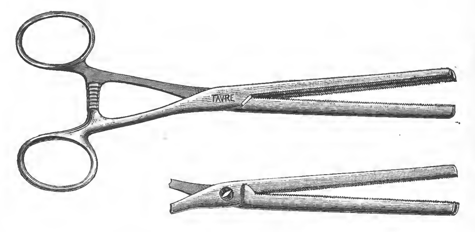
Voici, en peu de mots, les raisons que l'auteur allègue en faveur de cette disposition nouvelle :

Le mors mâle est très mince (1 millimètre d'épaisseur), pour

que son action se rapproche de celle d'un instrument tranchant, qui coupe sans écraser. Avec une épaisseur plus grande, on s'expose à des accidents réflexes dus à la compression de l'éperon.

Le mors mâle est strié, car, sans cette précaution, l'intestin glisserait et s'échapperait de la pince. Les bords de la gouttière le sont aussi, pour la même raison.

La largeur et la profondeur de la gouttière ont été calculées pour empêcher le chevauchement des deux mors.



Le point le plus important, c'est que *les mors ne sont pas parallèles*. Ici, je laisse la parole à M. Chaput :

« J'ai établi, dit-il, dans un travail antérieur (Étude sur la section de l'éperon, *Archives générales de médecine*, 1890) que les instruments à mors divergents présentent des avantages pour l'entérotomie.

« En effet, j'ai montré sur des pièces histologiques (chien) et sur l'homme, qu'après l'entérotomie, les lèvres contiguës de l'intestin se soudent non pas par adhérences péritonéales, mais bord à bord. Tant que les parois ne sont pas complètement sectionnées, elles ne peuvent être au contact bord à bord ; d'autre part, il est bien certain que la soudure ne peut s'effectuer instantanément au moment où la section vient de se produire. Par conséquent, si la section de l'éperon se faisait simultanément sur toute la longueur de la portion pincée, il en résulterait fatalement une effusion des matières dans le péritoine, la soudure ne pouvant s'effectuer assez vite. Heureusement, cet accident n'a pas lieu, parce que la section est progressive, de la peau vers les parties profondes; elle s'effectue lentement, et il n'y a d'abord qu'un millimètre coupé ; mais, comme le millimètre voisin ne l'est pas

encore, les parois intestinales sont forcées de rester au contact bord à bord et de se souder dans cette position.

« La soudure se produit ainsi de proche en proche, sans que jamais le péritoine soit ouvert. Les pinces et les entérotomes à branches divergentes sont donc plus avantageux que les instruments à branches parallèles, parce qu'ils compriment plus fortement l'extrémité libre de l'éperon et assurent une section à marche centripète ».

Comparant ensuite son entérotome à celui de Dupuytren, notre collègue fait de ce dernier une critique assez juste, et conclut en résumé qu'il présente les inconvénients suivants :

1° Sa longueur et son volume ; 2° la nécessité de serrer chaque jour la vis de rappel ; 3° la striction intermittente exercée par cette vis ; 4° les douleurs qui en résultent ; 5° la section incomplète de la portion saisie.

L'entérotome nouveau, que M. Chaput a une fois employé chez l'homme avec un plein succès, me paraît digne de fixer l'attention de ceux d'entre nous qui s'occupent de chirurgie intestinale.

Discussion.

M. Marc Sée. Je pense, comme M. Richelot, que dans les ruptures du tendon du triceps, il n'y a pas ordinairement lieu d'intervenir. J'en ai observé plusieurs cas, un entre autres, où il y avait trois travers de doigt d'écartement ; le malade guérit parfaitement tout seul, sans immobilité complète, et marcha au bout d'un mois.

Quant aux conditions requises pour avoir un bon résultat après les fractures de la rotule, M. Richelot aurait pu mentionner le degré de l'épanchement articulaire. L'épanchement est pour beaucoup dans l'écart des fragments ; il est bon de l'évacuer par une ponction, ou mieux de le faire disparaître à l'aide de la compression par la bande élastique, comme je l'ai fait souvent avec succès.

M. Monod. J'appuierai, moi aussi, les conclusions de M. Richelot sur les ruptures tendineuses du triceps. J'ai eu l'occasion de traiter, il y a dix ans, un malade chez lequel il restait, comme dans l'exemple cité par M. Richelot, des attaches fibreuses aux deux bords de la rotule. Il a bien guéri sans opération, et avec une restitution fonctionnelle complète.

M. Kirmisson. Je parlerai dans le même sens, en ce qui concerne les ruptures tendineuses. Il me paraît évident qu'en général il n'y a pas lieu d'intervenir.

Pour les fractures de la rotule, sans doute il faut tenir grand

compte de la mobilité articulaire et de la force du triceps. Toutefois, il ne faut pas négliger absolument l'influence de l'écartement; s'il y a peu de distance entre les fragments, c'est une meilleure condition pour la marche. J'ai revu, il y a peu de temps, le malade que j'ai présenté ici et auquel M. Richelot a fait allusion ; il a un cal fibreux court, un bon muscle, et son membre fonctionne très bien.

Dans les fractures itératives, l'ouverture de l'articulation a le grand avantage de la débarrasser des liquides et des caillots qui donneront plus tard naissance à des brides fibreuses et produiront une fausse ankylose très nuisible.

Je terminerai par une critique de détail. M. Richelot a appelé « classique » le traitement qui consiste à immobiliser indéfiniment la jointure ; je crois que le mot ne convient pas, car cette mauvaise méthode est aujourd'hui condamnée.

M. Richelot. Je suis d'accord avec M. Sée et avec M. Kirmisson sur l'importance de l'épanchement articulaire ; j'ai écrit dans mon rapport que je voyais dans un gros épanchement une indication de l'arthrotomie et de la suture. J'en ai dit autant des fractures itératives.

Pour ce qui est de l'écartement, il faut faire une distinction capitale entre les grands écartements *primitifs*, qui ont pour condition une large déchirure des parties fibreuses et indiquent par là même la suture immédiate des fragments, et les *consécutifs*, qui peuvent être fort étendus — je l'ai démontré — sans compromettre les fonctions et sans exiger l'intervention opératoire, s'il n'y a pas en même temps les larges déchirures.

En disant que l'immobilisation prolongée était « classique », j'ai voulu dire « usitée par les maîtres d'autrefois », car c'est par des maîtres que nous l'avons vu appliquer.

M. Terrier. Je ferai une remarque sur la troisième partie du rapport de M. Richelot, relative à une nouvelle pince entérotome. Je trouve que le procès de l'entérotome de Dupuytren a été fait bien sommairement. Je déclare m'en être servi plusieurs fois avec succès. D'abord il n'agit pas par pression parallèle ; ensuite on n'est pas obligé de le serrer tous les jours ; enfin je lui ai toujours vu faire des sections très complètes, non seulement sur l'intestin, mais sur des parties bien plus épaisses, dans les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur.

L'instrument de M. Chaput peut être bon ; mais ce n'est pas une raison pour condamner sans appel celui de Dupuytren.

M. Kirmisson. J'ai appliqué quatre fois l'entérotome de Dupuytren, et je ne lui ai pas reconnu le moindre inconvénient. Je

n'ai pas eu à le resserrer tous les jours ; mes malades n'ont pas souffert et n'ont pas vomi. Enfin on ne peut lui reprocher d'agir par pression parallèle, puisqu'on a inventé justement plusieurs entérotomes à branches parallèles pour le perfectionner.

M. Richelot. Il y a ici une petite confusion, qui est moins de la faute de M. Chaput que de celle de son rapporteur. M. Chaput a critiqué : d'une part, l'entérotome de Dupuytren, pour son volume, etc. ; d'autre part, les instruments à branches parallèles inventés après lui. Mais il n'a pas dit, ni moi non plus, que l'entérotome de Dupuytren fût à branches parallèles.

Présentation de pièce.

Appendice iléo-cæcal, calcul fécal, hématome, péritonite appendiculaire.

M. Routier. J'ai l'honneur de vous présenter un appendice iléo-cæcal que j'ai enlevé à une fillette de douze ans qui avait eu quatre attaques d'appendicite, dont une très violente qui avait un moment fait craindre pour sa vie.

Cette opération a été faite en dehors de tous accidents, la dernière crise remontait à douze jours.

Cette enfant n'allait jamais à la selle sans éprouver dans le ventre une violente douleur, amenant un état syncopal.

Cet appendice qui mesure 12 centimètres est replié sur lui-même, et partie de son insertoin cæcale se dirigeait en dedans, en arrière et en haut pour s'insérer par un méso épaissi par des néo-membranes à la terminaison de l'intestin grêle, de telle sorte que toutes les fois que son insertion cæcale était déplacée, soit par la distension de l'intestin, soit par un mouvement intestinal, cet appendice devait produire une coudure de l'intestin grêle, et par là s'expliqueraient les douleurs violentes.

Il y a en outre dans l'intérieur de cet appendice un calcul fécal, en avant et en arrière un gros caillot de sang noir comme une hématocèle.

J'ai lié l'appendice au catgut, cautérisé la muqueuse au thermocautère.

Il y a huit jours. La malade va très bien.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

G. Richelot.

Séance du 24 juin 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Nicaise s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Lettre de M. Terrillon demandant un congé jusqu'en octobre;

4° *Enquête sur l'état de l'ophtalmie granuleuse en Belgique*, par M. Deneffe (de Bruxelles) ;

5° *Étranglement interne dans un cas de corps fibreux volumineux de l'utérus; laparotomie ; hystérectomie abdominale, section d'une bride fibreuse étranglant l'intestin grêle ; guérison* (rapporteur, M. Gérard Marchant).

A propos du procès-verbal.

Fracture de rotule ; suture ; présentation de sujets et observations sur l'intervention.

M. Championnière. Avant de prendre la parole à propos du procès-verbal, je vous demande la permission de vous présenter deux sujets qui me paraissent intéressants.

Le premier, un homme de 33 ans, a été soigné dans le service d'un collègue, par la griffe de Duflay. Il y a cinq mois de l'accident. Vous voyez qu'il marche médiocrement, n'a pas d'extension, et a une atrophie assez complète des muscles de la cuisse. Ce n'est pas un cas exceptionnel ni très mauvais, et il est curieux de le comparer au suivant.

Celui-ci est un petit vieillard de 61 ans qui vient de se fracturer la rotule. Cinq jours plus tard, je lui ai ouvert le genou et pratiqué la suture. Vous pouvez voir que ce malade, mis sur ses pieds le dixième jour, marche très convenablement. Son extension est complète. Sa flexion est bonne. Ni douleur, ni gonflement, ni atrophie. Ainsi cet homme, malgré de très mauvaises conditions, présente un résultat parfait, on pourrait dire idéal, en le comparant au précédent sujet, jeune et vigoureux, impotent après cinq mois, auquel je me propose de faire prochainement la suture.

Il m'a paru impossible de laisser passer la communication de M. Richelot sur le travail de M. Chaput, sans faire quelques réflexions sur les conclusions relatives au meilleur mode de traitement des fractures de la rotule. Bien que je n'aie pas assisté à la lecture du rapport, comme M. Chaput vient de publier un mémoire sur le même sujet, je pense être en mesure de comprendre et de discuter les faits qui ont été apportés ici.

Au fond, à ce que je crois, cette thérapeutique des fractures de la rotule est aujourd'hui devenue d'une discussion très simple. Autrefois, lorsque la suture immédiate fut proposée, c'était chose nouvelle, encore dangereuse ou du moins réputée telle, et nos adversaires ne la toléraient que parce que les traitements ordinaires des fractures de la rotule sont, quoi qu'on en dise, assez généralement de résultat médiocre. J'ai soulevé ici des tempêtes avec l'ouverture des grandes articulations, et le temps n'est pas si loin où j'ai été menacé de la cour d'assises par un de nos collègues. La situation a changé quelque peu et ceux mêmes qui ne se décident pas hardiment à pratiquer cette chirurgie vraiment réparatrice, n'osent pas la blâmer trop haut.

Restent les réserves que l'on faites au nom de finesses anatomo-pathologiques ou en affirmant les excellents résultats de certains modes de traitement, et au nom desquelles on détermine des cas pour la suture immédiate, et des cas où les gens qui auront eu la bonne chance de ne pas se faire une fracture aussi grave auront la mauvaise chance d'être condamnés à un détestable mode de traitement, qui les soumettra à une longue et inutile immobilité pour atteindre un résultat fonctionnel imparfait.

S'il y a des degrés dans le mauvais résultat des traitements de la fracture de rotule, on peut dire que d'une manière générale ils sont mauvais. Quand après de longs mois on constate un résultat favorable, on s'empresse de le faire connaître, tant on en est surpris. J'ai eu, comme tout le monde, des résultats exceptionnellement bons par les appareils et surtout par le massage. Mais ils étaient loin d'être la règle et, même quand on les obtenait, ils étaient

tellement inférieurs à ceux que j'obtiens avec la suture, que je ne conçois plus qu'on s'y arrête.

Il suffit d'avoir ouvert un certain nombre de genoux à fractures de rotule nouvelles et anciennes, pour voir combien sont vaines toutes ces distinctions de fractures avec conservation ou destruction de la capsule, des ailerons, des insertions latérales, etc. Quelle que soit la forme de la fracture, quand on ouvre le genou, on est frappé de ce renversement des fragments accompagné du rebroussement en dedans de tous les tissus fibreux, de telle sorte qu'il est matériellement impossible, quelque précis que soit un appareil de rapprochement des fragments, de songer à une réunion osseuse. Ce n'est pas parce que les fragments ne peuvent se rapprocher que la réunion ne se fera pas, mais parce qu'entre les os des parties fibreuses seront fatalement intercalées. Si on opère une fracture ancienne, on constate le résultat, c'est-à-dire le cal fibreux qui remplit l'intervalle des fragments. La même ouverture vous apprend quel est l'état de l'articulation et vous montre combien il est heureux que l'incision soit venue la soustraire à la tension et aux résultats de la contusion.

Quelle que soit la forme de la fracture, quelle que soit sa cause, que ce soit une fracture directe, ou une fracture par action musculaire, les lésions justifient cette ouverture; et aucun motif sérieux ne vous permet d'établir une distinction pour le traitement à intervenir. Il faut l'accorder à toutes s'il est efficace ou le refuser à toutes s'il est dangereux, vous ne sortirez pas de ce dilemme.

Toutes les considérations relatives à l'atrophie musculaire n'ont pas davantage d'intérêt. Si vous laissez la fracture livrée aux procédés ordinaires de traitement, vous aurez de l'atrophie irrégulièrement, mais vous en aurez à peu près constamment. Si le sujet est courageux et intelligent, il fera ses suppléances musculaires comme font tous les acrobates en exerçant des muscles avec méthode et persévérance, sinon il ne réussira à rien. Et encore, pour quelques-uns qui arriveront à un résultat possible, après un long temps écoulé, l'immense majorité restera faible, et quand la marche sera redevenue possible, habituellement les actions de force ne pourront s'accomplir.

Si vous le suturez, peu importe la nature du traumatisme et la nature de la fracture, la réparation sera constamment bonne et aucune atrophie musculaire ne viendra la troubler. Et si vous avez affaire à une fracture ancienne avec atrophie, cette atrophie disparaîtra progressivement à partir du moment où les muscles auront été réinsérés.

A propos des fonctions des membres atrophiés, vous trouverez une nouvelle subtilité dans cette observation de M. Chaput. Les

membres atteints ont une bonne extension, mais une mauvaise flexion. Il a vraiment eu une singulière chance, car j'ai constamment vu l'extension impossible ou tellement mal accomplie que les mouvements de tension et d'appui du membre en étaient tout à fait empêchés, et j'ai eu l'occasion d'opérer des sujets précisément à cause de ce manque de l'extension, alors que les fonctions du membre en général n'étaient pas mauvaises.

M. Chaput dit avoir observé cette mauvaise flexion dans mon service sur un de mes opérés de suture. Cela ne peut être que d'un opéré récent, et alors il pouvait s'éviter cette découverte, parce que je ne cherche jamais à faire fléchir le membre des sujets que je viens d'opérer, par cette raison très simple que je sais par expérience que la flexion est toujours revenue très satisfaisante sans efforts. J'aurais pu lui donner le renseignement s'il me l'avait demandé.

En ce qui concerne les vieilles fractures avec écart considérable des fragments entre lesquels j'ai constitué une charnière métallique, la preuve est faite que les fils ne coupent pas l'os, même quand ils supportent des poids considérables au point de se rompre. D'autre part, les muscles réinsérés avec les fragments de rotule reprennent leur puissance. Pourquoi donc de gaîté de cœur supprimer un fragment de rotule qui peut être très utile s'il est convenablement employé?

Pourquoi donc aussi essayer de remplacer la suture métallique, procédé si simple qui doublera le cal de la rotule d'un lien puissant, par un procédé beaucoup plus compliqué? Je ne vois aucune raison sérieuse de ce changement très préjudiciable au malade. Je mets au défi le plus habile d'entre vous d'affronter bien des fragments rotuliens avec un fil souple. Il y a une tendance au renversement des fragments qui n'est vaincue par la main qui affronte que par la traction sur un fil rigide; et le plus solide est le plus sûr pour cette besogne, les petits fils d'argent même y seraient insuffisants.

Je conclus aujourd'hui, comme je l'ai fait depuis longtemps, qu'il n'y a qu'un traitement efficace des fractures de la rotule, c'est la suture, et toutes les fois qu'il est matériellement possible de la faire, il n'y a pas à discuter tel ou tel procédé. Quel appareil vous donnera le moyen de faire marcher votre malade au bout de trois semaines ou même au bout de dix jours, comme je viens de le faire à un vieillard de 61 ans? Quel appareil vous assurera un système musculaire sans atrophie aucune, même passagère?

Quel traitement vous guérira du même coup la contusion et l'épanchement articulaire?

Quel traitement, enfin, vous assurera toujours le cal osseux, et

si, en réalité, ce cal osseux n'existe pas, une résistance supérieure même à celle de ce cal osseux ?

Il ne s'agit donc que d'apprécier si le sujet est capable de supporter l'opération. Conservez donc, si vous voulez, le traitement ordinaire pour les cachectiques. J'ai le remords d'avoir refusé la suture à un vieillard de 70 ans, qui est resté un infirme malgré une assez bonne guérison apparente. Aussi, l'autre jour, n'ai-je pas cru devoir la refuser à un homme de 61 ans qui est venu dans mon service. Je me suis même hâté de le mettre sur ses jambes, plus que je ne le fais ordinairement et, en dix jours, il a été remis à la marche. Le quatorzième jour, il marchait très correctement.

Il n'y a qu'une réserve à faire. Il faut, pour se permettre d'adopter une pareille conduite, être parfaitement sûr de sa chirurgie antiseptique, et je ne conseille à personne d'essayer de faire couramment ces opérations avec l'asepsie à la mode.

Cette réserve faite, je conseille la suture comme le traitement de choix et je la fais avec de gros fils.

M. Paul Berger. Je suis très loin d'être satisfait des résultats que donnent les appareils dans le traitement des fractures de la rotule ; la guérison n'est obtenue qu'au bout d'un temps très long ; on n'obtient le plus souvent qu'un cal fibreux ; celui-ci, malgré tous les soins, reste parfois insuffisant et extensible ; enfin cette consolidation n'est obtenue qu'au prix d'une immobilisation prolongée qui laisse une raideur du genou de longue durée et parfois permanente. Quoique certaines conditions de la fracture, l'écartement des fragments, l'épanchement sanguin abondant dans l'articulation, et surtout les conditions d'âge et d'état général du sujet, aient une influence manifeste sur la production de ces résultats défavorables, on ne saurait toujours les prévoir ni répondre de les éviter même dans les cas en apparence favorables. Aussi je pense que l'arthrotomie, l'ablation des caillots et des débris membraneux interposés entre les fragments et la suture de ceux-ci avec des fils métalliques laissés à demeure, est le traitement qui doit être préféré chez les sujets jeunes et bien portants, lorsque la fracture présente un écartement notable et qu'il y a un épanchement sanguin abondant dans l'articulation. Mais quelque partisan que je sois de la suture, je trouve que c'est aller beaucoup trop loin que de nier les bons résultats que peuvent donner d'autres moyens de traitement et de rejeter entièrement l'emploi des appareils, comme le fait M. Lucas-Championnière.

Je n'ai pas besoin de donner la preuve et de fournir des exemples des très bons résultats qu'on peut obtenir au moyen des appareils; tout ce qu'on peut leur reprocher, c'est de n'être pas constants ;

nous avons tous vu des fractures de la rotule avec écartement guérir avec un cal osseux ou paraissant tel, ou avec un cal fibreux résistant et très court, et récupérer toute l'étendue des mouvements de flexion et d'extension du genou et toute la force musculaire du membre.

Même alors que la consolidation se fait par un cal fibreux long de deux centimètres et plus ; même lorsque ce cal est extensible, on peut voir le résultat fonctionnel être encore très satisfaisant. L'extension active très complète de la jambe sur la cuisse, sans aucune espèce d'artifice, peut encore être obtenue dans les cas de ce genre, grâce aux insertions que les parties latérales du triceps prennent sur le fragment inférieur de la rotule et jusque sur les tubérosités du tibia ; l'impotence fonctionnelle, quand elle existe, est bien plutôt en rapport avec l'atrophie musculaire et surtout avec la roideur du genou, qu'avec la distance qui sépare les fragments rotuliens.

Vers 1884, lorsque j'étais chirurgien de l'hospice de Bicêtre, pour répondre à une lettre que M. le professeur Gosselin m'avait adressée dans les Archives générales de Médecine, j'ai fait rechercher tous les pensionnaires de cet hospice qui avaient été autrefois atteints d'une fracture de la rotule ; j'en ai retrouvé une douzaine. Deux d'entre eux avaient un résultat parfait au point de vue de la consolidation sans écartement et de l'intégrité des fonctions du membre. Quatre ou cinq avaient un cal fibreux plus ou moins long, ces fragments étaient distants de un à quatre travers de doigt ; ils marchaient néanmoins fort bien, avaient peu d'atrophie du triceps, pouvaient élever la jambe dans l'extension sans tricher, c'est-à-dire sans avoir recours à la rotation du membre en dehors et suppléer par la tension du ligament latéral interne à l'insuffisance des extenseurs. Un d'eux, malgré un écartement notable des fragments, pouvait s'élever sur le membre blessé en mettant le pied sur une chaise. Les autres avaient des cals extensibles, et un résultat fonctionnel défectueux, mais permettant la marche. Deux seulement avaient des résultats tout à fait défavorables et ne marchaient qu'avec des béquilles, mais un d'eux était un ataxique.

On voit donc que dans cette série, recueillie chez des infirmes et chez des vieillards de plus de soixante-dix ans, plus de la moitié des malades jouissaient de leurs mouvements et de toute la puissance du membre, quoique la consolidation chez certains d'entre eux fût restée insuffisante. Je suis loin de prétendre qu'il ne faille pas donner à celle-ci tous les soins qui peuvent en assurer la solidité, mais les faits que je viens de rapporter prouvent, avec bien d'autres, que l'intégrité de l'appareil rotulien est moins nécessaire qu'on ne se le figure souvent au bon fonctionnement

de l'articulation du genou ; ils rendent compte des succès incontestables que l'on a obtenus en traitant seulement l'épanchement articulaire et l'arthrite consécutive, par le massage ou par la ponction articulaire, et ils peuvent faire supposer que les résultats favorables invoqués par les partisans de la suture osseuse, tiennent peut-être moins à l'exacte contention des fragments qu'à d'autres conditions.

J'adopterais néanmoins très volontiers la suture des fragments comme règle générale si elle était toujours applicable. Mais il est d'abord un bon nombre de sujets chez lesquels l'opération ne pourrait être proposée, en raison de leur âge ou de l'état de leur santé; d'autres la refuseraient certainement. Enfin l'opération nécessite des précautions et une habitude chirurgicale qui ne peuvent être à la portée de tous, et l'on ne saurait oublier que l'immense majorité de ceux qui se fracturent la rotule ne peuvent recourir à une assistance qui ne se trouve que dans les grands centres, et que pour eux, le moyen de traitement restera bien longtemps encore l'application des appareils. Faut-il, en se désintéressant des perfectionnements qu'on peut faire subir à ces derniers, condamner, ainsi que M. Lucas-Championnière n'hésite pas à le faire, le plus grand nombre de ceux qui se fracturent la rotule aux plus déplorables résultats ?

Je termine en faisant remarquer que les deux malades que nous a présentés notre collègue pour servir de types aux deux méthodes en discussion, sont très mal choisis pour juger la question ; car si son opéré est un exemple d'un très beau succès obtenu par la suture osseuse, le malade traité par la griffe de M. Duplay est très loin de représenter ce que l'on est en droit d'attendre de ce moyen de traitement. Loin de représenter un spécimen relativement favorable de ce qu'on obtient avec cet instrument, il représente au contraire un des résultats les plus défectueux qu'il nous ait été donné de voir à la suite du traitement des fractures de la rotule par les appareils.

M. Kirmisson. Je me rapproche beaucoup de l'opinion de M. Berger, et je pense comme lui qu'il faut doser nos moyens d'action en suivant les indications cliniques ; je pense qu'on peut, dans beaucoup de cas, guérir les fractures de la rotule sans suture. Mais je veux surtout attirer l'attention sur quelques points à propos du malade que vient de nous présenter M. Championnière, et à qui il a fait la suture avec un succès remarquable. Ce malade est au vingtième jour, il n'est donc pas encore guéri, le travail du cal n'est pas terminé. Ce que nous voyons aujourd'hui, c'est une très bonne coaptation, mais nous savons qu'un cal même

fort étroit peut céder à la longue; il faudrait donc revoir ce malade un peu plus tard.

Je remarque, de plus, qu'il a du liquide dans son articulation, 60 grammes peut-être. N'aura-t-il pas de l'arthrite, et ensuite de l'atrophie musculaire? Je demanderais volontiers à M. Championnière de nous présenter ce malade une seconde fois dans quelques mois; et je désirerais surtout voir des résultats plus anciens.

M. Richelot. Je reconnaîtrai d'abord, avec M. Championnière, que nous n'en sommes plus au temps où la suture de la rotule était condamnée parce qu'elle avait pour condition l'ouverture de l'articulation du genou. Pour mon compte, dans nos discussions antérieures, si je blâmais son emploi systématique, c'était en me fondant sur l'étude des indications, et nullement à cause de la gravité opératoire.

Cela dit, j'affirme que les cas heureux, à la suite du traitement sans suture, les cas où le malade marche bien, monte et descend, porte des fardeaux, sont beaucoup moins exceptionnels que ne le dit M. Championnière. On en a montré et cité de nombreux cas à la Société de chirurgie, il y a quelques années.

Lisez l'article *Rotule* écrit par M. Berger dans le *Dictionnaire encyclopédique*, vous verrez de nombreux exemples, relatés par l'auteur d'une façon bien désintéressée, puisque la discussion actuelle n'était pas encore ouverte, de malades consolidés avec de grands écarts et montant à cheval ou faisant de rudes métiers. M. Championnière les appelle des « monstres » et des « acrobates ». *Monstres* veut dire qu'ils sont extraordinaires, exceptionnels; j'ai démontré le contraire dans mes communications antérieures[1]. *Acrobates* signifie que ce sont des hommes qui ont besoin d'une étude prolongée, d'un long exercice, pour arriver, à force d'habileté, à voiler une impotence fonctionnelle qui cependant existe. Mais non; ce sont des simples d'esprits qui marchent droit devant eux, et qui marchent bien tout simplement parce que leur membre est bon. Le malade de M. Chaput était camionneur; après l'ablation de son fragment supérieur, mais aussi après massage, électricité, etc., il est redevenu apte, sans efforts ni habileté extraordinaire, à être camionneur et à porter de lourds fardeaux : c'est écrit dans l'observation. Voilà donc un exemple, pris au hasard, qui répond à l'assertion trop absolue de M. Championnière, à savoir que ces gens-là n'ont jamais l'extension active et ne sont plus capables de porter des fardeaux. A rapprocher des cas allemands dont j'ai parlé dans mon rapport.

Sans doute, nous avons tous vu, chez d'anciens blessés, de

[1] *Union médicale,* 26 avril et 27 septembre 1885.

mauvais résultats fonctionnels ; c'est parce que les anciens traitements, toujours uniformes et ne tenant pas compte des indications, abusaient de l'immobilité et négligeaient le triceps. Si M. Championnière ne pense qu'à ceux-là et oublie les autres, c'est qu'il a, lui aussi, un traitement systématique et que, par suite, il considère comme subtilités inutiles les distinctions nécessaires que j'ai établies : 1° petits écarts primitifs, conservation des insertions fibreuses des deux vastes, puissance musculaire conservée ou rétablie ; 2° grands écarts primitifs, grandes déchirures fibreuses, atrophie musculaire.

M. Championnière s'est donné un succès facile en nous montrant, à côté de son malade bien suturé, un autre malade traité par la griffe, et qui nous présente tout simplement un résultat « classique », comme je disais dans la dernière séance, mais déplorable. Il a un grand écart, avec déchirure latérale prononcée, faiblesse du triceps et raideur articulaire. Je ne connais pas son histoire, mais il est probable qu'il a été trop immobilisé, et que les indications, en somme, n'ont pas été suivies. On ne peut le donner comme exemple d'un *bon* traitement sans suture.

D'accord avec M. Championnière, je trouve que tous les appareils de contention sont mauvais. Ils ne font pas la coaptation, et ils impliquent une immobilisation trop complète et trop longue.

Si la suture vaut mieux que les appareils susdits, pourquoi en inférer qu'il faut la faire dans tous les cas ? Pour vous, elle est bonne ou elle est mauvaise ; si elle est bonne, il faut la faire toujours ; sinon, jamais. Pourquoi cette doctrine du tout ou rien ? Je vous ferai cependant une concession, en disant qu'il vaudrait mieux, à la condition d'être antiseptique, suturer toutes les rotules que de n'en suturer aucune ; car, en s'abstenant toujours, on laisserait les « grandes fractures », avec grands écarts primitifs, gros épanchements et déchirures fibreuses, privées du seul traitement qui leur convienne. Mais il n'en est pas moins vrai que beaucoup d'autres peuvent guérir très bien sans opération, et il est bon qu'on le dise et qu'on le sache, car toutes les fractures de rotule ne passent pas par les mains de quelques chirurgiens exercés et sûrs d'eux-mêmes, et il est vraiment bien heureux, pour certains malades, de pouvoir guérir plus simplement.

La suture est « le seul traitement légitime », avez-vous dit. Donc, le massage n'existe pas pour les fractures de la rotule. Ici, mon ami Championnière me permettra un argument *ad hominem.* J'ai lu de lui certaine leçon clinique où le massage est préconisé pour toutes les fractures, y compris celles de la jambe, de la clavicule, de la cuisse... ; il y a cependant une exception : la rotule ! Pour elle seule, l'auteur estime que le massage ne vaut

rien. Or, c'est précisément dans les fractures de cet os que le massage a donné d'excellents résultats à divers chirurgiens, et cela avant qu'il ne fût usité par M. Championnière dans le traitement des fractures en général. N'y a-t-il pas là, de sa part, un certain parti pris, ou tout au moins une opinion contradictoire, j'oserai dire paradoxale ?

Je répéterai, pour conclure, ce que j'ai dit dans mon rapport : je ne suis nullement l'ennemi de la suture, puisque je lui ai reconnu des indications très nettes, grands écarts primitifs, grandes déchirures fibreuses, gros épanchements, fractures itératives. Mais je n'en suis pas un partisan exclusif et systématique ; je sais qu'on peut guérir, et très bien guérir autrement, que ces guérisons sont plus franches et plus réelles aujourd'hui qu'autrefois, parce que nous savons mieux traiter les fractures articulaires.

M. Championnière. M. Berger a cru devoir jeter quelques pierres dans le jardin de ma philosophie en me demandant si je lui permettais ces observations sur mes opinions trop absolues. Je suis bien tenté de le remercier de ce que je considère comme un compliment. J'ai toujours conservé un culte pour un de mes maîtres, qui professait que l'éclectisme était la plus détestable de toutes les philosophies, celle des gens qui n'en peuvent avoir. Aussi, quand j'étudie une question scientifique, je cherche non un accommodement avec des doctrines diverses, mais une opinion carrée, logique, et je cherche à avoir sur toutes choses des idées nettes puis une pratique conforme.

C'est pour cela que, dans la question que nous discutons aujourd'hui, je n'accepte pas du tout les compromissions, les subtilités au nom desquelles ce que vous trouvez bon pour l'un est mauvais et presque coupable pour le voisin. Pour juger sainement, il faut avoir le courage de voir les choses comme elles sont. Quoi qu'en dise M. Berger, le résultat assez mauvais de l'application de la griffe que je viens de vous faire voir est très habituel; ce n'est pas un des plus beaux résultats que l'on puisse obtenir, mais c'est un des plus communs; et il y en a de bien plus mauvais que celui-là.

M. Berger me reproche d'oublier les cas très heureux. Ce n'est pas juste, puisque j'en ai cité; j'en ai même emprunté à ma propre pratique qui n'avait pas été malheureuse.

Là où nous ne sommes plus du tout d'accord, c'est quand M. Berger affirme que certaines fractures avec peu d'écartement sont faciles à guérir et que les autres sont assez difficiles pour mériter la suture; il insiste aussi sur la quantité de rupture des tissus fibreux. Or, moi j'affirme que l'écartement des fragments ni

la quantité de déchirure des tissus fibreux ne disent rien sur l'avenir de la réparation. J'ajoute même que sur cette anatomie vous n'avez que des hypothèses, et qu'il n'y a guère que moi ici qui pourrais vous renseigner complètement sur cette anatomie pathologique que j'ai pu étudier au cours de mes nombreuses opérations. Je vous ai dit que le renversement des fragments, l'interposition de trousseaux fibreux entre ces fragments, l'épanchement sanguin devaient assurer la non-réunion dans l'immense majorité des cas. Cette simple observation nous montre pourquoi la réunion osseuse est un mythe, et pourquoi les appareils qui rapprochent le mieux les fragments ne peuvent pas donner de résultats.

De la courte statistique de M. Berger il ressort justement que les résultats sont irréguliers. Comment! il a réuni onze cas en tout de fractures de la rotule anciennes chez des vieillards, c'est-à-dire chez des gens qui avaient passé de nombreuses années à chercher à s'accommoder de leur misère, et il nous avoue qu'un seul d'entre eux avait de bons résultats et que la plupart marchaient assez mal. Mais c'est précisément la constance des résultats de la suture que je peux lui opposer sur vingt-huit sujets ayant marché, vingt-huit résultats parfaits pour la marche comme pour la réunion.

Ce qui caractérise donc cette chirurgie comme doit être caractérisée la chirurgie moderne, c'est la constance dans les résultats. Or, pouvant assurer cette constance, je ne me reconnais pas le droit de la refuser aux malades qui me sont confiés, et je ne puis admettre avec M. Berger que nous ayons le droit, pour faire l'éducation des élèves, d'imposer à des malades d'hôpital deux mois de lit, plusieurs mois d'impotence absolue et une infériorité fonctionnelle définitive. Je crois même qu'il restera bien assez de cas où la suture ne sera pas possible (vieillards et cachectiques) pour conserver le souvenir des mauvais appareils que nous a légués le passé.

Mais il y a beaucoup mieux à enseigner, et je puis l'assurer que je me félicite d'avoir montré à mes élèves à faire la suture de la rotule, car plusieurs de ceux qui me font l'honneur de me suivre ont eu l'occasion de la pratiquer avec succès; et bien d'autres le feront encore.

M. Kirmisson pense que mon malade n'est pas guéri parce que le cal ne peut pas encore être fait. D'abord, il ne peut pas le savoir. Le cal se forme avec une grande rapidité dans certaines circonstances. Mais au fond, cela m'est assez égal, puisque ce qui fait la supériorité du procédé c'est précisément qu'il n'est pas besoin d'attendre la réunion pour avoir la fonction, et que la rotule

soutenue par les fils permet la marche, qu'il y ait réunion ou non.

M. Kirmisson pense encore qu'il y a un certain degré d'hydarthrose, ce qui pourrait être discuté, pour mon dernier opéré. Mais y en eût-il, qu'est-ce que cela pourrait bien faire pour un sujet qui, il y a vingt jours, avait un énorme épanchement du genou. Celui-ci n'a plus, à côté, qu'une importance à peu près nulle.

M. Kirmisson veut aussi le revoir plus tard et savoir s'il ne sera pas atrophié. Mais tout cela est su aujourd'hui. Ce n'est pas le premier malade que je présente, et il serait impossible do recommencer pour tous la démonstration et de vous les amener sans cesse. Cette preuve est faite depuis des années, puisque, loin de voir se produire une atrophie, on voit disparaître celle qui existait à la suite des applications des appareils.

M. Richelot est de mes contradicteurs celui qui se rapproche le plus de moi, et je suis bien sûr qu'il ne faudrait pas insister tant que cela pour lui faire admettre la suture d'une façon plus régulière et plus logique. Mais il admet les fractures faciles à traiter et croit aussi à l'extension possible des membres atteints de fractures de rotule sans réunion. Je viens de vous démontrer que cette extension n'est que relative, qu'elle est incomplète même chez les sujets exceptionnels qui ne souffrent pas trop d'une fracture de la rotule. Le fameux malade de M. Larger qu'il me rappelle n'avait qu'une très médiocre extension. Cependant je n'ai pas hésité à dire que c'était un des plus remarquables acrobates que j'aie vus, car il marchait très convenablement avec deux rotules brisées et de grands écartements. Cependant il eût fait un détestable ouvrier, car l'appui de ses membres était loin d'être satisfaisant et les travaux de force lui eussent été bien difficiles. Il n'en exécutait aucun.

A propos de ces acrobatismes, c'est-à-dire des efforts faits par un sujet de bonne volonté pour utiliser un membre défectueux, je puis faire remarquer que je ne crois pas beaucoup à la nécessité d'un développement intellectuel exceptionnel. L'entraînement acrobatique ne passe pas pour être le propre d'intelligences hors ligne, mais plutôt celui de sujets ayant une volonté persistante et ne craignant pas trop leur propre douleur.

Un mot à M. Richelot pour terminer en ce qui concerne le massage. Je n'ai jamais dit que ce fût un mauvais moyen, puisque, lorsqu'il est impossible de faire une suture, c'est à peu près le meilleur à employer. Je dis seulement que la suture lui est tellement supérieure que j'y ai à peu près renoncé pour la suture. Il se trouve alors que moi qui ai fait le massage dans toutes les fractures, qui le préconise comme le traitement typique de la fracture

en général, je ne le recommande pas dans la seule fracture où on ait recommandé le massage avant moi.

Présentation de malade.

Orchidopexie.

M. Ch. Monod présente, à plus d'un an de distance, le jeune garçon auquel il a pratiqué une orchidopexie, et qu'il a déjà fait voir à ses collègues peu après l'opération[1].

Il rappelle que chez ce malade, qui avait alors 17 ans, le testicule petit, du volume d'une amande sortie de sa coque, était fixé dans le canal inguinal droit ; que dans l'opération qu'il lui a fait subir, il s'est attaché à libérer le plus qu'il était possible le canal déférent et les vaisseaux de leurs enveloppes; qu'après avoir créé au testicule une loge scrotale, il a fixé l'extrémité inférieure de la glande à la peau, à l'aide d'un fil de soie; qu'enfin, pour mieux se garder contre la réascension du testicule, trois fils de catgut perdus, intéressant à la fois les parties profondes de la peau et les parties superficielles du cordon, ont été placés au niveau du canal inguinal ouvert, pendant qu'un aide exerçait une traction sur la glande; la vaginale a été reconstituée au moyen de quelques points de suture au catgut.

L'opération a été faite le 17 mars 1890. On peut constater aujourd'hui que le résultat obtenu demeure excellent. Le testicule est dans la bourse, légèrement remonté, mais non appliqué contre l'anneau inguinal externe. Il a, de plus, très notablement augmenté de volume. Il est à peu de chose près aussi volumineux que celui du côté opposé, qui était dans les bourses à la naissance.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

G. Richelot.

[1] *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 284 et 287.

Séance du 1er juillet 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Fibro-myome utérin sous-muqueux; avortement vers* 5 *mois et demi; ablation par morcellement; guérison*, par M. Houzel (de Boulogne), membre correspondant national;

3° *Fragments de chirurgie abdominale*, par le Dr Delétrez (de Bruxelles). Broch. In-8°. Bruxelles, 1891;

4° *Leçon sur la fluxion périodique du cheval*, par le Dr Rolland. Paris, 1891;

5° *Note sur un appareil de réduction des luxations*, par M. Carlos S. Nieto (Colombie). (Rapporteur, M. Lucas-Championnière.)

A propos du procès-verbal.

M. Gérard-Marchant. Le Dr Monod nous a présenté dans la dernière séance un jeune sujet chez lequel il a pratiqué l'*orchidopexie*. Le résultat obtenu était parfait, puisque le testicule en ectopie occupait le fond du scrotum, sans avoir aucune tendance à remonter, sans entraîner la peau en forme de capiton, comme cela s'observe fréquemment. Je désire vous communiquer un fait d'orchidopexie qui a été moins satisfaisant dans ses résultats, puisque j'ai dû ultérieurement enlever ce testicule, devenu le siège de douleurs intolérables [1].

Permettez-moi de vous donner avec quelques détails cette observation.

[1] Observation recueillie par M. Gautier, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un garçon de 18 ans, G... Auguste, qui, en 1887, fut atteint d'une *hydrocèle congénitale droite*, compliquée d'*ectopie testiculaire inguinale*. Un de nos collègues des hôpitaux lui pratiqua en juillet 1887 la cure radicale de son hydrocèle, et fixa le testicule au fond du scrotum. Le testicule fut fixé au scrotum au moyen de fils de soie : c'est *un détail important* sur lequel je reviendrai dans le courant de l'observation.

En septembre 1889, ce même malade rentrait dans un nouveau service de chirurgie : l'hydrocèle avait récidivé, et le testicule, adhérant au fond des bourses, avait attiré en haut le scrotum, si bien qu'extérieurement on avait une dépression en cul de poule, logeant le doigt au niveau de la soudure orchido-scrotale. Le chirurgien distingué qui observait ce malade vit *dans les douleurs qu'il éprouvait, dans la récidive de l'hydrocèle et dans la brièveté du cordon* capitonnant le scrotum une indication d'une nouvelle intervention. Le 22 novembre 1889, il pratiquait une opération bien conduite, visant d'une part le *sac herniaire*, c'est-à-dire le cul-de-sac vagino-péritonéal, et d'autre part la brièveté du cordon. Le sac herniaire fut disséqué et réséqué aussi haut que possible. Le cordon fut dégagé de ses adhérences vagino-péritonéales ; il fut allongé, étiré en bas, jusqu'à ce qu'il n'exerçât plus de traction sur le testicule, et que celui-ci pût reprendre sa place au fond du scrotum. Pour mainteuir ce résultat, notre collègue anonyme fixa les éléments du cordon, moins le canal déférent, aux tissus adjacents, avec *des fils de catgut*. Ces opérations absolument rationnelles et bien conduites furent très simples dans leur résultat, puisque moins de quinze jours après le malade quittait l'hôpital.

En février 1891, le jeune G. Auguste rentrait à l'hôpital Laënnec, dans le service du Dr Nicaise, que j'avais l'honneur de suppléer. C'est à partir de ce moment que j'ai pu observer directement ce malade. Il se présente à nous parce qu'il souffre de son testicule. Pendant la marche, notamment, le testicule remonte, nous dit-il, et vient frapper contre l'orifice externe du canal inguinal ; ce sont ces secousses qui sont douloureuses, surtout au niveau de deux nodosités que présente le testicule.

L'exameu local nous révèle qu'au *repos* le testicule *primitivement ectopié*, est en bonne position ; il présente deux *nodosités*, l'une au niveau de la tête de l'épididyme, l'autre sur la face externe du testicule, nodosités adhérentes à la peau, et dont la pression *est très douloureuse*. La marche réveille cette sensibilité.

Le cordon est enfoui dans une masse indurée, constituée par un tissu de cicatrice. Le canal inguinal est bien fermé. Il n'existe ni hydrocèle, ni hernie.

Je ne m'expliquais pas très bien la cause de ces douleurs, qui atteignaient un caractère d'intensité telle que le malade ne voulait pas quitter son lit et me suppliait de l'opérer.

Je pensai qu'un bandage en fourche bien fait pourrait immobiliser le testicule, l'empêchant de tirailler sur ses adhérences, ou de butter contre l'entrée du canal inguinal, comme le pensait le malade. Pen-

sant d'autre part que cet enfant pouvait être un nerveux, bien qu'il n'existât aucun signe appréciable de cet état, je le soumis aux douches, et lui prescrivis du bromure de potassium à la dose d'un gramme par jour.

Trois semaines de cette thérapeutique n'amenant aucun résultat, devant la douleur si exquise occasionnée par la pression, devant les sollicitations du malade, qui ne pouvait plus, disait-il, faire son métier d'imprimeur, je me décidai à intervenir, et le 12 mars je pratiquai la castration. Le cordon fut dégagé du tissu de cicatrice qui l'environnait, lié et réséqué. La décortication du testicule fut facile, bien qu'en plusieurs points il y eût symphyse du feuillet pariétal et viscéral de la tunique vaginale.

La réunion était parfaite au quinzième jour; le vingtième jour le malade se levait, marchait et n'éprouvait plus les douleurs qui avaient motivé sa castration.

L'examen de la pièce a été fait par M. Morax, interne distingué des hôpitaux, attaché au laboratoire de M. Cornil. Voici la note qu'il m'a remise sur ce sujet:

Examen anatomique. — Le testicule a été énucléé en totalité ainsi que l'épididyme qui affecte avec lui des rapports normaux. Le cordon a été sectionné à deux centimètres environ de la queue de l'épididyme. On constate dans le voisinage de la tête de l'épididyme un nodule dur de la grosseur d'une fève et correspondant au point où le testicule a été fixé aux enveloppes scrotales. Sur la face latérale du testicule, en un point également adhérent aux parois des bourses, existe un petit nodule dur de la grosseur d'un pois et qui paraît développé dans l'épaisseur de l'albuginée. Par suite des nombreuses interventions et des cicatrices qui en résultent, il est difficile de disséquer les différents éléments du cordon et de voir les rapports qu'ils affectent entre eux. Le canal déférent est flexueux. Il n'a pas été compris dans les sutures dans toute la portion que nous avons examinée.

Immédiatement après l'opération, on a examiné par raclage la surface de coupe du testicule et de l'épididyme, dans le but de rechercher les spermatozoïdes.

Les résultats ont été absolument négatifs pour l'un et l'autre organe. Nous n'avons obtenu sur les lamelles que des cellules épithéliales d'aspect normal. On ne trouve pas de spermatozoïdes.

Le testicule et l'épidyme pèsent ensemble 14 grammes.

Après durcissement dans le liquide de Müller, nous avons examiné le testicule sur des coupes fines. A un faible grossissement il présente un aspect normal; cependant les travées fibreuses paraissent un peu épaissies, et les tubes séminifères sont un peu plus écartés les uns des autres que dans le testicule sain. Le revêtement épithélial est continu, mais on ne distingue ni spermatoblastes ni spermatozoïdes en voie de formation.

L'albuginée est épaissie, surtout en certains points, au voisinage des points suturés.

L'épididyme est normal. Son épithélium cylindrique est régulier. La

cavité des canaux épididymaires ne renferme pas de spermatozoïdes. Le canal déférent est normal ; cependant en un point voisin de son origine on voit sa lumière obstruée par une masse amorphe englobant quelques cellules lymphatiques. Dans tout le reste de son étendue la paroi testiculaire et la muqueuse sont absolument saines.

Il nous reste à étudier les deux points indurés que l'examen microscopique avait déjà révélés, et qui siégeaient au niveau des points de sutures. L'étude de ces points est intéressante.

L'orchidopexie avait été faite à l'aide de soie. Sur les coupes on voit très nettement ces fils de soie qui forment le centre d'un foyer d'infiltration embryonnaire très dense, limité en dehors par une zone fibreuse expliquant la résistance de ces nodules. Les cellules migratrices ont pénétré entre les fils en les dissociant, mais sans arriver à les résorber. On voit au milieu de ces zones d'infiltration leucocytaire de nombreuses cellules géantes des plus typiques, dont un certain nombre coiffent les fils de soie. Le petit nodule situé sur les faces latérales du testicule est constitué de la même manière, et le petit nodule inflammatoire reconnaît la même cause, la présence du fil de soie.

En résumé, le testicule, l'épididyme et le canal déférent ont une structure très voisine de la structure normale. La fonction séminale du testicule n'existe pas, mais il est impossible d'attribuer ce trouble physiologique à des lésions chroniques ou à une malformation congénitale de la glande.

Les fils de soie, en déterminant une inflammation chronique dans leur voisinage, peuvent être considérés comme la cause des douleurs ressenties par le malade.

La morale de cette observation est facile à tirer : un premier point qu'il faut mettre en évidence, c'est que l'*orchidopexie,* sans libération préalable du cordon, dissection de ses adhérences, est insuffisante à ramener et à fixer le testicule au fond du scrotum ; la brièveté du cordon reproduit l'ectopie.

En second lieu, la fixation du testicule par des fils de soie *peut avoir* pour conséquence un travail d'irritation embryonnaire aboutissant à des nodules cicatriciels douloureux. C'est là probablement une exception, puisque les fils de soie remplacent sans inconvénient le catgut dans la pratique de beaucoup de chirurgiens. Mais cette observation n'en reste pas moins instructive, et digne d'être rapportée dans cette enceinte.

M. Richelot. Je reconnais dans l'observation de M. Gérard-Marchant un de mes petits opérés, et je trouve dans les détails que vient de nous donner notre collègue la confirmation des idées que j'ai soutenues lors de nos discussions sur l'ectopie testiculaire et l'orchidopexie.

Ce garçon avait été opéré avant moi; on avait fixé le testicule au fond du scrotum. Or, quand je l'ai eu dans mon service à l'hô-

pital Tenon, le testicule était remonté, entraînant le scrotum après lui; l'orchidopexie n'avait donc servi à rien. Et c'est bien naturel : le scrotum est aussi mobile que la glande séminale; s'il y a des causes qui attirent de nouveau cette dernière, glande et scrotum doivent remonter ensemble, puisque l'un est aussi mobile que l'autre.

Quant j'ai vu ce petit malade, je lui ai fait la cure radicale de son hydrocèle, j'ai réséqué entièrement le conduit vagino-péritonéal, j'ai libéré le cordon, et alors, d'après ce que vient de nous dire M. Gérard-Marchant, le testicule est resté au fond des bourses; preuve que la cure radicale, la suppression du trajet glissant où l'organe remonte, l'isolement de la vaginale, constituent les vrais éléments de guérison de l'ectopie.

J'ai donc le droit de soutenir, comme je l'ai déjà fait, que ce qui est utile aux malades dans les opérations d'orchidopexie, ce n'est pas la fixation de l'organe au fond du scrotum, c'est tout ce qu'on fait autour de cette fixation : oblitération du canal séreux, cure radicale de la hernie si elle existe, libération parfaite du cordon, etc.

M. Championnière. Je désire attirer l'attention sur deux points : d'abord, une question de chirurgie générale. Faut-il se servir de fils résorbables, ou de fils de soie? C'est une question déjà ancienne, qui a été résolue par Lister il y a plus de vingt-trois ans. A l'autopsie d'une femme dont l'artère crurale avait été liée à la soie, il avait trouvé le fil entouré de cellules embryonnaires, comme dans le cas de M. Gérard-Marchant; aussi renonça-t-il à la soie, parce qu'elle ne se détruit pas, et parce qu'elle provoque autour d'elle une inflammation chronique qui aboutit souvent à l'élimination. Ceux qui ont suivi sa pratique l'ont imité sur ce point, jugeant inutile de refaire à leur dépens une expérience déjà faite. Pourquoi ne pas user du catgut, qui n'a pas les mêmes inconvénients que la soie? Le testicule fixé au catgut serait tout aussi bien resté en place. L'observation de M. Gérard-Marchant est intéressante, en ce qu'elle éveillera l'attention des chirurgiens sur cette question qui devrait être aujourd'hui parfaitement jugée.

Deuxième point : l'orchidopexie. Oui, sans doute, la fixation au scrotum est accessoire. Cependant, il faut distinguer deux ordres de faits : 1° il y a des cas où le testicule se laisse attirer facilement et n'a pas de tendance à remonter; pour ceux-là, l'union de la glande au scrotum, malgré la mobilité de celui-ci, ne peut faire de mal et contribue toujours un peu à maintenir l'organe en bonne position; 2° dans d'autres cas, la descente se fait mal, l'organe est attiré énergiquement en haut; il faut alors détruire les trousseaux fibreux qui font adhérer le cordon aux parties voisines, détruire

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 46.7.91. *Le Gérant :* G. MASSON.

les éléments du cordon lui-même. Et il faut bien savoir que, chez quelques sujets, quoi qu'on fasse, le testicule remontera toujours. J'ai vu ce matin un malade à qui j'ai fait l'opération avec le plus grand soin, et j'ai constaté que le testicule recommence son ascension. Dans un cas récent d'ectopie bilatérale, j'ai prévenu le patient que je n'étais pas assuré du résultat; j'ai réussi d'un côté à maintenir l'organe, mais de l'autre, j'ai eu conscience, en opérant, que le résultat serait moins bon, et en effet, un mois et demi après l'opération, je vois le testicule remonter et j'ai peur qu'il ne devienne douloureux.

Il y a donc des cas où il faut faire des réserves sur la nécessité ultérieure de sacrifier le testicule, s'il devient douloureux.

Que dire, après cela, du capitonnage du testicule au fond des bourses et du procédé de suture qu'on doit employer? Ce sont là des détails secondaires et dont on aurait tort d'exagérer l'importance.

M. Berger. Je n'ai fait, jusqu'ici, l'orchidopexie que comme complément de la cure radicale; j'ai toujours eu soin de disséquer le cordon très haut. Si je prends la parole, c'est surtout pour insister sur le mode de fixation. Je pense qu'au lieu de passer les fils au travers de l'albuginée, ce qui peut avoir les inconvénients signalés par M. Gérard-Marchant, il vaut mieux se servir des vestiges du gubernaculum testis, qui sont plus faciles à trouver qu'on ne se le figure quand on n'a pas encore fait cette recherche. Quand on les a découverts, on s'aperçoit qu'en tirant dessus on abaisse le testicule. C'est par l'intermédiaire de ce tissu que je fais toujours la fixation, et j'estime que c'est le meilleur procédé pour qu'elle soit solide.

Quant à la préférence qu'il faut donner à tel ou tel fil, les distinctions signalées tout à l'heure me paraissent plus théoriques que réelles. Ceux qui, comme moi, se servent journellement de fils de soie pour les sutures profondes, n'ont pas lieu de s'en repentir. Le catgut est souvent insuffisant, parce qu'il se résorbe trop vite; la soie fait des sutures plus résistantes et plus durables.

M. Pozzi. Un mot seulement sur un point de doctrine : l'absence de microbes signalée dans les examens histologiques de M. Gérard-Marchant. Peut-être avaient-ils disparu, mais sans aucun doute ils avaient existé; car il est difficile d'admettre l'élimination d'un corps étranger sans une inflammation causée par un microbe.

M. Monod. Je ferai remarquer que, chez mon petit malade présenté à la dernière séance, outre l'orchidopexie, j'ai fait la fixation

du cordon ; et j'ai dit que j'attribuais surtout à cette dernière le succès que vous avez pu constater.

Communication.

Note sur le diagnostic et le traitement des kystes dermoïdes du plancher de la bouche (kystes latéraux),

Par M. Charles Monod.

Observation. — Je fus appelé au Havre, en janvier 1889, par mon ami le Dr Gibert auprès de Mlle X..., jeune fille de 19 ans, pour l'opérer d'une *grenouillette sus-hyoïdienne.*

La tumeur formait, en effet, à la région sus-hyoïdienne, du côté gauche, une saillie visible et sensible. Elle était franchement latérale, à contours mal définis; il était cependant facile de constater que par les extrémités elle se rapprochait plus de l'angle de la mâchoire que de la symphyse ; inférieurement elle ne dépassait pas une ligne qui aurait prolongé en arrière l'os hyoïde ; en haut elle s'enfonçait sous le bord inférieur de la mâchoire.

Son relief dans la bouche est moins accentué. Pour la rendre bien visible et accessible de ce côté, il faut exercer une pression sur la tuméfaction sous-cutanée et la refouler vers la bouche. La tumeur forme alors sous la partie moyenne et postérieure du bord gauche de la langue une saillie évidente.

Cette manœuvre se fait aisément, ce qui implique une certaine mobilité de la tumeur et sa non adhérence au squelette.

Sa consistance à la région sus-hyoïdienne est molle, pseudo-fluctuante ; nulle part on n'a la sensation d'une poche distendue par un liquide. Du côté de la bouche, les notions fournies par la palpation sont moins nettes encore ; cependant, lorsque la tumeur est fortement refoulée de bas en haut, elle présente au doigt qui l'explore une certaine rénitence. La muqueuse qui la recouvre a son épaisseur et son aspect normaux ; elle ne conserve pas l'impression du doigt. L'orifice du canal de Warthon est libre.

Mlle X... fait remonter le début de son affection à cinq ou six ans au moins. J'apprends cependant que, depuis plus longtemps, certaines personnes de son entourage ont remarqué que, du côté gauche, le cou, à sa partie supérieure, est plus gros que du côté droit.

Aucune gêne fonctionnelle. — Les parents de la jeune malade désirent qu'elle soit opérée, surtout pour la débarrasser d'une difformité qui devient de plus en plus manifeste.

Je conserve le diagnostic de grenouillette sus-hyoïdienne qui m'a été donné, et pour éviter à cette jeune fille le désagrément d'une cicatrice apparente, je propose de tenter la cure par la bouche. Je me propose d'appliquer ici le traitement conseillé par le professeur Richet

(ouverture large et cautérisation au chlorure de zinc), qui, employé exclusivement par moi jusqu'alors, m'a toujours donné les mêmes résultats. Je compte, pour éviter la trop prompte fermeture de l'incision, pratiquer celle-ci au thermocautère.

Opération, le 13 janvier 1889. — Anesthésie par le chloroforme. Bouche largement ouverte avec un ouvre-bouche introduit entre les dents du côté opposé. Avec le pouce de la main gauche, appliqué à la région sus-hyoïdienne, je refoule fortement la tumeur. Ponction avec le thermocautère au point le plus saillant. Contre mon attente, il sort par l'ouverture ainsi faite non du liquide, mais une masse blanc jaunâtre, semblable à du mastic, qui est évidemment de la graisse. Elle n'est pas mélangée de poils. J'ouvre alors largement la cavité avec le thermocautère. Evacuation et nettoyage aussi soigneux que possible, puis cautérisation au chlorure de zinc liquide de toute la surface interne de la poche. Je laisse de plus dans celle-ci une boulette d'ouate munie d'un fil, imbibée do chlorure de zinc, qui ne sera retirée que le lendemain.

Je n'étais pas sans quelque inquiétude, étant donnée la nature de la tumeur, au sujet du résultat définitif de mon intervention, et laissai entrevoir aux parents la nécessité d'une action nouvelle.

J'appris que, comme d'ordinaire en pareil cas, la réaction avait été assez forte, et les premiers jours des plus pénibles; que bientôt tout était rentré dans l'ordre et qu'au bout d'une quinzaine, la malade, à un léger suintement près, pouvait être considérée comme guérie.

Elle revint cependant me trouver au mois de juillet suivant. Il n'y avait plus de tuméfaction ni buccale, ni sus-hyoïdienne; aucun écoulement appréciable sous la langue. Mlle X... se plaignait cependant d'avoir de temps en temps un goût désagréable dans la bouche. Je constatai, en soulevant la langue, qu'au niveau de l'incision faite, il restait un petit orifice, gros comme une tête d'épingle, donnant à peine passage à un stylet fin, mais qui devait cependant être le siège d'une certaine sécrétion, expliquant le phénomène accusé par la malade.

Une seule cautérisation avec la pointe fine du thermocautère suffit à faire justice de ce petit inconvénient.

Je revis la malade en novembre, il n'y avait plus trace de fistule.

Au mois de février 1890, le père m'écrivait pour m'annoncer le prochain mariage de sa fille; il me confirmait en même temps la guérison complète.

Remarques. — Je n'ai au sujet de cette observation que de très courtes remarques à vous présenter.

Je crois tout d'abord que le diagnostic de kyste dermoïde ne doit pas être mis en doute.

L'examen de la paroi, en raison du procédé opératoire employé, n'a pu naturellement être fait; mais la nature graisseuse du contenu, malgré l'absence de poils, suffit à établir la nature de la tumeur. Les poils ont été du reste très rarement observés dans les

kystes dermoïdes du plancher de la bouche (cas de Linhart, Denonvilliers et Verneuil, Güterbock, Richet, Combalat, Ozenne).

Jamais, d'ailleurs, que je sache, on n'a trouvé à la paroi kystique les caractères d'un revêtement cutané complet; c'est toujours, d'après la description de M. Ozenne [1], un feuillet dermique plus ou moins épais formé de tissu conjonctif, dépourvu de glandes sébacées, tapissé à sa face interne d'un épithélium pavimenteux ou cubique.

Ces kystes, suivant la très juste remarque de MM. Lannelongue et Achard [2], appartiennent d'ordinaire à la catégorie des kystes simples, à paroi généralement mince et sans complication de structure. Ce fait a, comme on le verra, une certaine importance au point de vue du traitement.

Si, à cet égard, notre tumeur ne diffère pas de celles qui ont été observées jusqu'ici, elle s'en distingue du moins par son siège. Dans la grande majorité des cas, les kystes dermoïdes du plancher de la bouche sont médians, prenant leur point d'insertion, comme l'a fort bien montré M. Gérard-Marchant [3], soit aux apophyses géni, soit à l'os hyoïde. Celui que j'ai observé était franchement latéral, se rapprochant plus de l'angle de la mâchoire que de la symphyse.

Le fait n'est pas absolument exceptionnel. Dans les trente observations analysées par M. Gérard-Marchant, six fois le kyste était latéral, cinq fois à droite, une fois à gauche.

Il n'en reste pas moins que la notion du siège de la tumeur, lorsqu'elle occupe la ligne médiane, conserve toute son importance au point de vue du diagnostic.

Inversement on excusera ceux qui, trompés par la circonstance que le kyste occupait une des régions latérales du cou, en ont méconnu la véritable nature.

Dans mon cas, de plus, comme dans beaucoup au reste, il était impossible de faire remonter à la naissance le début de la tuméfaction.

Il ne restait donc plus à ma disposition, parmi les signes indiqués par les auteurs, que l'intégrité de la muqueuse buccale, habituelle dans les kystes dermoïdes, rare dans les grenouillettes, et les caractères, très variables d'ailleurs, tirés de la consistance de la tumeur; c'était insuffisant.

Si de cette question de diagnostic, je passe à celle du traitement,

[1] OZENNE, Des kystes dermoïdes sublinguaux (*Arch. de médecine*, 1883, t. I, p. 278).

[2] LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congénitaux*. Paris, 1886, p. 79.

[3] GÉRARD-MARCHANT, Note sur les kystes dermoïdes du plancher buccal (*Bull. de la Soc. anatomique*, 1886, p. 653).

j'ai également à défendre devant vous, ou du moins à expliquer ma conduite, à dire pourquoi, dans un cas de ce genre, la voie buccale me paraît préférable à la voie sus-hyoïdienne, contrairement à l'avis ici exprimé par notre excellent collègue Gérard-Marchant.

Je fais tout d'abord observer avec lui que, sur vingt et un cas où le procédé opératoire est indiqué, dix-neuf fois le kyste a été opéré par la bouche, deux fois seulement (Reclus, G.-Marchant) par incision cutanée.

Je suis d'ailleurs tout disposé à me rallier à l'opinion de M. Marchant, lorsque la tumeur occupe la ligne médiane et fait à la fois saillie sous la peau et dans la bouche; *a fortiori* lorsque, comme dans un cas de M. Bazy, elle ne fait aucun relief du côté de la bouche.

On sait les considérations invoquées par notre collègue contre l'incision buccale : dissection pénible, blessure possible des conduits salivaires, difficulté de séparer par cette voie les adhérences de la tumeur aux apophyses géni ou à l'os hyoïde, etc.

Ces divers arguments ne s'appliquent pas à l'opération dirigée contre une tumeur à siège latéral. Pour celle-ci, qui fait ordinairement saillie au-dessus et en arrière de la glande sous-maxillaire, la blessure du canal de Warthon n'est guère à craindre. Il est d'autre part clairement spécifié, dans beaucoup d'observations, que le dégagement de la tumeur a été relativement facile, ce qui permet de supposer que l'adhérence au squelette n'est pas constante.

Lorsqu'elle existe et que le chirurgien ne croit pas devoir pousser la dissection jusqu'à la détruire, le malade n'en guérit pas moins. Il en fut ainsi dans le cas de Güterbock : ligature du pédicule de la tumeur qui s'enfonçait vers l'os hyoïde, section au devant de la ligature, guérison.

Bien souvent du reste on s'est contenté de faire l'excision partielle de la paroi du kyste, suivie de cautérisation, le résultat n'en est pas moins bon.

Il semble donc que la récidive ou la non-guérison soit moins à craindre dans ces kystes buccaux à paroi simple que dans les kystes dermoïdes vrais. De fait, je vois dans le relevé de M. Marchant que deux fois seulement l'intervention opératoire par la bouche a été suivie d'insuccès : 1° dans une observation rapportée par Laudeta : incision, injection de teinture d'iode (caustique notoirement insuffisant); extirpation ultérieure par M. Verneuil; la tumeur était d'ailleurs énorme et avait entraîné une déformation de la mâchoire inférieure; 2° cas de M. Th. Auger, excision partielle, il reste une fistule incurable.

Les deux seuls cas où, avant la publication du travail de M. Marchant, l'opération a été faite par la voie sus-hyoïdienne, sont relatifs à des tumeurs latérales. L'opération n'a pas eu *l'extrême simplicité* dont parle notre confrère.

Dans l'un rapporté par Paquet, l'incision de la peau fut de 8 centimètres, il fallut couper et lier l'artère et les veines faciales, disséquer laborieusement la glande sous-maxillaire qui paraissait faire corps avec la tumeur. Et encore l'extirpation ne put-elle être complète; la paroi adhérait tellement à la muqueuse que l'on dut en laisser une partie dans la plaie.

Et cependant c'est à la voie sus-hyoïdienne que je m'adresserais volontiers, lorsque, comme dans les deux faits précédents, la tumeur est volumineuse (œuf de dinde dans l'un, et gros œuf de dinde dans l'autre). En pareille circonstance on s'exposerait à de sérieux accidents en tentant l'extirpation par la bouche.

On ne saurait alors se laisser arrêter par la considération des inconvénients qui peuvent résulter d'une cicatrice visible au cou.

M. Marchant, sur ce dernier point, est fort catégorique. L'argument est, dit-il, sans valeur, aujourd'hui qu'on peut être certain, avec des précautions antiseptiques, d'obtenir une réunion primitive.

Il me permettra de lui dire qu'une cicatrice, même à la suite de la meilleure réunion, est toujours visible, et que la question vaut qu'on se la pose, lorsqu'il s'agit, comme dans mon cas, d'une jeune fille du monde, pour qui le mariage commence à avoir quelque attrait. Une cicatrice au cou ne va pas d'ordinaire sans quelque soupçon de lymphatisme. Je connais une mère dont j'ai opéré la fille d'un abcès ganglionnaire du cou; la cicatrice était punctiforme; et cependant je ne sais à quels artifices elle n'a pas eu recours pour dissimuler cette petite tare, qui dans son esprit devait nuire à l'établissement de son enfant — qui ne s'en est pas moins fort bien mariée.

Passe encore lorsqu'il s'agit d'un homme chez lequel la barbe peut cacher bien des misères, ou lorsque, même chez la femme, la cicatrice médiane, petite, est abritée derrière le menton. Mais, latérale, souvent grande, nécessairement en vue, elle sera toujours redoutée par le beau sexe.

De l'ensemble de ces faits il résulte que, pour les kystes dermoïdes latéraux, lorsque la tumeur est de volume moyen, et qu'elle forme sous la langue un relief évident, l'opération peut et doit être faite par la bouche.

A quel procédé convient-il d'avoir recours : extirpation, excision partielle, cautérisation?

Si le kyste fait dans la bouche une saillie bien accessible, si elle paraît mobile, si après incision de la muqueuse on arrive sur une

paroi blanche, nacrée, épaisse, *l'extirpation* a toute chance de réussite, on devra la tenter. Si l'on échoue, on reséquera du moins toute la portion détachée, quitte à faire suivre cette opération partielle d'une cautérisation au nitrate d'argent ou mieux au chlorure de zinc.

L'excision partielle n'est, on le voit, qu'une ressource dans le cas où l'extirpation complète est reconnue impossible. En tous cas elle doit être combinée avec la cautérisation.

La cautérisation seule peut-elle donner des succès ? Assurément non, si l'on se contente d'injecter dans la tumeur intacte un liquide caustique. Mais, après incision large du kyste et évacuation soignée du contenu, la guérison, par cautérisation, peut certainement être obtenue. Le cas que je vous communique, et bien d'autres où ce mode de traitement a été appliqué aux tumeurs médianes, en témoignent. Vous aurez remarqué qu'à l'exemple du professeur Richet, dans son procédé de cure des grenouillettes simples, je me suis servi d'un caustique puissant, le chlorure de zinc pur. L'état liquide de la substance employée permet d'espérer qu'elle pénétrera dans les anfractuosités de la poche, son action énergique assure la destruction de tous les points avec lesquels elle aura été mise encontact.

Notre collègue M. Tillaux rapporte dans ses *Cliniques* des cas où il s'est contenté de solution au chlorure de zinc à 2 ou 5 0/0. D'autres n'ont eu recours qu'au nitrate d'argent.

En résumé, Messieurs, ce que j'ai tenu à faire ressortir devant vous, c'est qu'à toutes les tumeurs dermoïdes du plancher de la bouche, il ne convient pas d'appliquer le même traitement.

Pour les tumeurs médianes faisant saillie à la région sus-hyoïdienne, l'opération par la peau est assurément le procédé de choix. Pour les kystes de même siège, dans lesquels la tuméfaction est surtout buccale, je comprends que l'on accorde encore la préférence à l'incision extérieure; mais je ne saurais blâmer, en présence des nombreux succès obtenus, l'intervention par la bouche.

Pour ceux qui sont latéraux, l'opération par la région sus-hyoïdienne, surtout chez la femme, ne peut être recommandée que si la tumeur est très volumineuse, et si elle ne proémine aucunement du côté de la bouche. Dans les circonstances contraires, je donne la préférence à la voie buccale; extirpation si possible, ou large incision combinée ou non avec l'excision partielle de la poche, et suivie d'une cautérisation énergique avec le chlorure de zinc liquide.

Discussion.

M. Gérard-Marchant. Je remercie M. Monod d'avoir bien voulu

rappeler mes travaux sur les kystes dermoïdes du plancher buccal.

Je suis partisan de l'extirpation de ces tumeurs par la voie sus-hyoïdienne, lorsqu'elles sont médianes : j'ai déjà développé les raisons de cette préférence, et M. Monod a rappelé ces motifs, tout en les réfutant.

La grosse objection, pour M. Monod, est la cicatrice : mais vous pouvez la réduire au minimum, même dans le cas de tumeur volumineuse, en ponctionnant la tumeur, et en l'extrayant après l'avoir vidée, tout comme un kyste de l'ovaire ; la poche viendra facilement, car si elle n'est pas enflammée, ses adhérences périphériques sont celluleuses ; le point d'attache osseux (*ad-hyoïdien* ou *ad-génien*) sera facilement sectionné.

D'ailleurs la cicatrice qui résulte de cette intervention, est abritée, cachée par la saillie du menton, et pour la voir il faut se baisser, ou renverser en arrière la tête du sujet.

Votre cicatrice, même réunie par première intention, peut devenir saillante, nous objecte encore M. Monod : cela est vrai surtout chez des sujets lymphatiques ou scrofuleux ; mais j'ai remarqué, dans ces cas, que *l'exubérance de la cicatrice, sa rougeur*, cédaient à une compression exercée par une mentonnière élastique que l'on peut faire porter la nuit seulement.

Je vous rapportais, il y a quelques mois (7 janvier 1891), l'observation d'une jeune fille de 17 ans, que j'ai opérée par la voie sus-hyoïdienne : chez elle le côté esthétique importait beaucoup puisqu'elle était jeune, jolie, et mondaine ; le résultat a satisfait grandement opérée et opérateur.

M. Monod craint que cette cicatrice ne soit prise plus tard pour une *écrouelle :* je répondrai que cette cicatrice est médiane, *linéaire*, et qu'il sora toujours facile à la famille d'en établir la légitimité.

Je reste donc un partisan convaincu de l'intervention par la voie sus-hyoïdienne, dans les kystes dermoïdes médians du plancher de la bouche. C'est la seule voie pour l'extirpation des kystes que j'ai appelés *ad-hyoïdiens ;* quant aux *kystes ad-géniens*, ils peuvent être enlevés par la voie buccale, s'ils sont sous-muqueux et facilement accessibles ; dans les conditions contraires la voie sus-hyoïdienne est encore préférable.

Je n'ai pas d'expérience sur *les kystes dermoïdes latéraux*, dont M. Monod vient de nous relater un cas intéressant. Pour intervenir dans ces cas, je me laisserai guider beaucoup par la saillie *hyoïdienne*, ou *intra-buccale* de la tumeur.

M. Monod. Nous sommes beaucoup plus près de nous entendre

que ne semble le croire M. Gérard-Marchant. J'avais surtout en vue les kystes saillants sur les parties latérales du cou. Pour les médians, son procédé d'incision cutanée sur la ligne médiane me paraît être le meilleur. C'est pour les autres seulement que j'ai plaidé la cause de l'incision buccale, à cause du mauvais effet de la cicatrice.

Communication.

De l'origine infectieuse de certaines formes de cystite dites a frigore ou rhumatismales ou goutteuses, etc.

Par M. Bazy.

Dans une communication au dernier Congrès de chirurgie, j'ai indiqué et pensé avoir cliniquement démontré que certaines cystites qu'on qualifiait de cystites a frigore, de cystites rhumatismales ou goutteuses, me paraissaient reconnaître une autre origine, et cette origine est infectieuse au lieu d'être dystrophique. Voici encore un cas qui me paraît entrer dans cette catégorie :

X..., 15 ans, collégien, m'est amené le 19 juin par son père comme étant probablement, d'après le diagnostic de son médecin qui du reste ne l'a pas exploré, atteint de pierre.

Ce diagnostic est surtout basé sur l'existence d'hématuries et surtout d'hématuries terminales, survenant surtout quand cet enfant a fait des exercices plus ou moins violents.

Néanmoins en l'interrogeant avec soin, je note que la première hématurie s'est produite il y a trois mois, un jour que l'enfant a uriné en sortant de sa classe, au commencement d'une récréation, sans encore avoir ni sauté, ni joué. Elle s'est produite avec une douleur très vive à la fin de la miction, comme dans les cystites aiguës du col ; à partir de ce moment les envies d'uriner ont été beaucoup plus fréquentes et douloureuses ; il y avait, en outre, toujours plus ou moins de sang, à la fin de la miction seulement ; dans quelques cas il n'y avait que 2 ou 3 gouttes; d'autres fois, il y en avait davantage. Ce sang augmentait, il est vrai, quand l'enfant avait fait de longues promenades et s'était fatigué, mais il n'y en avait pas davantage quand il avait couru et sauté dans la cour de son collège, sans se fatiguer, que quand il était resté au repos.

Cette influence du repos a été néanmoins suffisante pour faire disparaître le sang pendant trois semaines, que cet enfant a passées hors du collège, chez ses parents, où il était libre de ses actes et où par conséquent il ne se fatiguait pas ; mais aussitôt que les fatigues recommençaient, le sang revenait et les douleurs avec le sang. Il faut noter cette influence de la fatigue, qu'il faut bien distinguer de l'in-

fluence que pouvaient avoir les mouvements : ceux-ci n'avaient aucune action, soit que les secousses, les mouvements fussent actifs, comme dans la course, le saut, soit qu'ils fussent passifs comme quand le petit malade allait en voiture. La fatigue agissait comme cause déprimante, comme aurait agi le froid.

Le jour de son arrivée, je constatai l'existence de caillots sanguins dans le fond du vase, en même temps que l'urine était uniformément teintée en rose.

Quoique je fusse convaincu de la non-existence d'un calcul, je crus devoir faire l'exploration de la vessie avec la sonde métallique, afin de pouvoir affirmer le diagnostic.

Cette exploration fut effectivement négative: je constatai que la vessie était souple, un peu excitable mais bien régulière. La palpation bimanuelle, qui fut rendue particulièrement facile grâce à quelques précautions, ne me fit constater d'induration suspecte dans aucun point de la vessie. La prostate était tout à fait petite, plate et souple comme elle doit l'être chez ces jeunes sujets. Les vésicules séminales étaient plutôt soupçonnées que senties.

Le testicule (car l'enfant est monorchide) est souple et régulier, de consistance normale, de même que l'épididyme et le canal déférent. Inutile d'ajouter que l'exploration des reins avait été négative.

J'éliminai donc par ce fait même le diagnostic de tuberculose vésicale. Néanmoins pour plus de sûreté, je fis examiner par M. Cazin, directeur du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité, les urines au point de vue microbique. Je transcris ici la note qu'il m'a remise :

« L'examen microscopique n'a fait reconnaître que des bactéries de forme variable et des staphylocoques dorés qui ont cultivé. »

Assurément ce résultat négatif ne prouve pas que la lésion vésicale ne soit pas tuberculeuse, car on sait que la présence de bacilles de la tuberculose n'est pas constante dans les cas de tuberculose vésicale ; mais elle constitue déjà une présomption, et cette présomption se changera en certitude quand je dirai que la lésion a guéri rapidement sous nos yeux : effectivement, après trois jours de traitement par les capsules de térébenthine et un lavage boriqué, les urines, qui contenaient du sang, du pus et étaient troubles, sont devenues tout à fait limpides ; les mictions qui étaient, il est vrai, devenues moins fréquentes depuis quelque temps, sont devenues beaucoup plus rares ; les douleurs avaient disparu.

J'avais dû me préoccuper de l'origine de cette cystite. La blennorrhagie avait été d'emblée éliminée ; il n'y avait aucune raison de penser que l'urètre eût été contaminé ; du reste, il n'y avait aucune trace d'urétrite ; pas le plus petit suintement ; le méat n'était pas rouge.

Les urines du début de la miction n'étaient pas plus troubles que celles du milieu ou de la fin, ce qui prouvait que l'urètre

n'était pas spécialement atteint ; la rapidité de la guérison montre aussi, du reste, que la blennorrhagie doit être éliminée.

En interrogeant le malade sur ses antécédents immédiats, sur sa santé avant l'apparition des accidents vésicaux, il n'a eu aucune peine à me dire que, quelques jours avant l'apparition de cette cystite, il avait eu des maux de gorge assez violents et assez persistants : la maladie infectieuse antérieure était trouvée.

Il est assurément fort difficile de prouver que la cystite est ici le résultat de l'amygdalite. Un examen microbique qui montrerait les mêmes agents infectieux dans la bouche et la gorge et dans l'urine ne prouverait rien, attendu qu'on peut trouver dans la bouche toute espèce de micro-organismes. L'absence dans la bouche et la gorge d'agents microbiens trouvés dans l'urine ne prouverait rien non plus, attendu qu'ils peuvent, au moment de l'examen, avoir disparu de la bouche.

Ces cystites ont une marche clinique assez caractéristique qui les distingue des autres : elles guérissent assez facilement et même très rapidement. Dans les trois autres cas que j'ai cités au Congrès de chirurgie, il a suffi d'un peu de térébenthine pour les voir disparaître en quelques jours. Ce caractère seul suffirait à les distinguer des autres.

Ces faits me paraissent jeter un certain jour sur la pathogénie de la suppuration de la vessie chez certains urinaires qui n'ont jamais été sondés et qui n'ont jamais eu d'affections antérieures de l'urètre.

On sait, en effet, que certains prostatiques qui ne vident pas leur vessie peuvent avoir une urine toujours limpide et stérile ; chez d'autres, au contraire, cette urine, qui était limpide et stérile, devient trouble, sans que rien dans le passé urétral du malade explique le fait. Il est possible, mais je n'ai pas encore eu l'occasion de le vérifier, que cette suppuration vienne à l'occasion d'une maladie infectieuse quelconque. Ces faits n'auraient rien de plus extraordinaire que ceux cités par beaucoup d'auteurs, de suppurations survenant dans des foyers pathologiques stériles : telles les suppurations occasionnées par la grippe dans des foyers traumatiques stériles, citées par M. Verneuil (*Acad. des sciences*) ; la suppuration d'un hématome survenue à la suite d'un érysipèle, citée par M. Reclus (*Congrès de chirurgie*, 1891) ; la suppuration dans les kystes hydatiques, etc.

Dans le cas qui m'occupe, la détermination du côté de la vessie me paraît devoir être due à l'existence d'une quantité considérable d'urates rendue par le malade ; ce que nous avons pu vérifier en constatant qu'une urine absolument limpide à l'émission se troublait après quelque temps de repos dans le vase.

Inversement, une cystite peut être aggravée par des modifications survenues dans la qualité de l'urine, qui peut devenir irritante sous l'influence d'une maladie de l'estomac, par exemple.

En terminant, je voudrais ajouter un mot au sujet des urétrites dites rhumatismales ou goutteuses. On voit, dit-on, survenir des écoulements chez les goutteux et les rhumatisants, qui ne reconnaîtraient d'autre cause que le rhumatisme ou la goutte. Outre que, dans beaucoup de cas, on peut expliquer ces écoulements en général passagers par le retour, le réchauffement d'une urétrite mal éteinte, dans quelques circonstances on peut invoquer l'infection directe; c'est ainsi que, dans un cas récent, j'ai vu chez un malade une urétrite, passagère il est vrai, non gonococcique, du moins d'après l'examen microbique, survenir à la suite d'attouchements par des mains évidemment malpropres.

Le professeur Bouchard me citait un fait de même ordre : il est à peu près certain, et M. Bouchard en est convaincu, que ces urétrites consécutives à la masturbation sont des urétrites infectieuses comme les autres. L'agent de la contagion et le mode de contagion sont seuls variables.

Présentation de pièce.

M. Gérard-Marchant présente un calcul de 4 grammes qu'il a extrait d'un bassinet par la taille rénale. La palpation du rein, d'apparence saine, pas plus que l'exploration du tissu rénal avec des aiguilles à acupuncture, ne permirent de sentir le calcul ; il fut trouvé après avoir pratiqué une coupe du rein dans les trois quarts de sa hauteur. La malade va bien, et j'espère la présenter d'ici peu de jours à la Société de chirurgie.

Élections.

La Société nomme la Commission chargée d'examiner les titres des candidats aux places vacantes de membres correspondants nationaux.

Nombre de votants, 21. — Majorité, 11.

Ont été élus :

MM. Nélaton........................... 21 voix.
Marc Sée......................... 20 —
Brun............................ 19 —
Jalaguier......................... 19 —

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 8 juillet 1891.

Presidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettres de M. Berger et de M. Horteloup, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Lettre de M. Boiffin (de Nantes), demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national ;

4° M. Leclerc (de Saint-Lô) adresse, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national, quatre observations : 1° *plaie des tendons; ténorraphie;* 2° *orteil en marteau; résection;* 3° *kyste dermoïde de l'oreille;* 4° *cas de tuberculose médico-chirurgicale* (M. Gérard-Marchant, rapporteur) ;

5° *Appendicite; phlegmon intra-péritonéal; péritonite circonscrite; lapartomieo; guérison* par M. Regnier (de Nancy) (M. Reclus, rapporteur) ;

6° M. le Dr Monteils, membre correspondant, adresse à la Société la communication suivante :

Du traitement de l'ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure, par le dédoublement de sa paroi, par A. Monteils (de Mende), membre correspondant.

Le 11 février 1891, entre à l'hôpital de Mende, le sieur D..., âgé de 20 ans, berger, atteint d'un ectropion de la lèvre inférieure, suite d'une brûlure survenue à l'âge de 4 ans. D... se trouve aujourd'hui dans l'état suivant : la lèvre inférieure, réduite à 1 centimètre de hauteur, est fixée, au bas du menton, au maxillaire inférieur dans une étendue de 5 centimètres ; la muqueuse labiale renversée, hypertrophiée, fait saillie en avant, laissant à nu les dents incisives et canines et ne retenant plus la salive qui s'écoule constamment ; la peau de la lèvre adhère immédiatement à l'os maxillaire par suite de la destruction, par le feu, des muscles de la houppe et de la pointe du menton ; néan-

moins une partie de l'orbiculaire de la lèvre a été respectée, car, sous l'influence d'un effort violent, D... peut ramener la muqueuse labiale en haut et recouvrir momentanément la partie inférieure des dents incisives. La contraction cessant, l'abaissement automatique de la lèvre se produit aussitôt.

La restauration s'impose, mais où prendre le lambeau autoplastique nécessaire ?

Sur les côtés des joues, le tissu inodulaire, sillonné de brides cicatricielles, ne peut fournir un lambeau d'une élasticité et d'uno vitalité suffisantes.

La peau du menton, celle de la partie supérieure du cou offrent les mêmes conditions défavorables.

Reste la méthode italienne, et je compte l'employer en empruntant à l'avant-bras ou au dos de la main le lambeau autoplastique. D..., d'une intelligence médiocre, refuse de garder la position obligée du membre et je dois chercher un autre procédé.

C'est alors que frappé de l'épaisseur considérable des tissus constitutifs de la lèvre inférieure, je me propose de lui emprunter en la dédoublant les éléments nécessaires à sa reconstitution.

Opération, le 18 février 1891. — Je pratique sur la lèvre inférieure, à 2 millimètres de son rebord cutanéo-muqueux, une incision linéaire qui comprend toute la largeur de l'ouverture buccale; de chaque commissure, je fais ensuite partir une incision verticale qui aboutit au rebord gingival, puis à petits coups, je dédouble la lèvre et mobilise le lambeau muqueux jusqu'à son insertion sur les gencives. Saisissant alors la partie cutanée de la lèvre inférieure dédoublée, je la sépare de son insertion à l'arcade du maxillaire inférieur par une incision d'une longueur égale à celle de la largeur de la bouche; je fais descendre à travers cette incision le lambeau muqueux que j'ai isolé et qui n'adhère plus qu'aux gencives; je l'étends sur toute la partie du menton qui vient d'être dénudée par l'ascension de la lèvre et le fixe, en suturant ses bords, à ceux de la peau voisine de la joue et du cou. Par le déplacement qu'elle vient de subir, la face interne ou muqueuse de la lèvre inférieure devient externe et sa face cruentée recouvre directement l'arcade maxillaire.

Pour faciliter son adhésion au bord inférieur saignant de la lèvre inférieure, je la dépouille de son épithélium à cette hauteur à l'aide de la lame incandescente du thermo-cautère et les unis par des points de suture.

La réunion de la muqueuse à la peau s'est effectuée régulièrement sur le pourtour de la plaie, sauf aux angles supérieurs. En ces points, les extrémités, à droite et à gauche du bord inférieur de la lèvre inférieure, avaient de la tendance à se réunir, par-dessus la muqueuse, à la peau avoisinante et à reproduire l'abaissement de la lèvre. Je m'y suis opposé en glissant sous les angles une anse de caoutchouc et l'y maintenant jusqu'à leur cicatrisation complète.

Par contre, j'ai eu beaucoup de peine à obtenir la réunion du bord inférieur de la lèvre au lambeau muqueux et, malgré l'emploi des

sutures et de la cautérisation, je n'ai pu éviter la cicatrisation séparée de ces parties du côté droit et par suite la persistance d'une petite ouverture par laquelle s'écoule un peu de salive.

A son départ de l'hôpital, effectué le 20 mai dernier, D... est en possession d'une lèvre régulièrement conformée, mobile, recouvrant parfaitement les dents et apte à toutes ses fonctions. Au-dessous de celle-ci se trouve, constituant le lambeau autoplastique, une surface ovalaire, large de 5 centimètres, haute de 3 centimètres et demi qui, par suite de la petite fistule salivaire, a de la peine à se cutiser. Dans quelques mois, lorsque tout travail inflammatoire aura disparu, je me propose de l'oblitérer.

A propos du procès-verbal.

1° *Discussion sur l'orchidopexie.*

M. Félizet. Les observations très intéressantes suggérées à MM. Gérard-Marchant, Richelot, Lucas-Championnière et Berger par la présentation de l'opéré de M. Monod, m'ont déterminé à avancer de quelques semaines la communication que je fais ici sur l'ectopie testiculaire.

M. Marchant incrimine la fixation avec le fil de soie et l'accuse, preuves en mains, de provoquer une inflammation chronique, dont la conséquence est, avec les douleurs tenaces, la sclérose, c'est-à-dire la destruction fonctionnelle du testicule.

M. Lucas-Championnière, en adoptant le catgut, qui se résorbe, se promet d'éviter les conséquences nuisibles de l'embrochement définitif de la tunique albuginée.

Enfin M. Berger, en disséquant avec son adresse habituelle le *gubernaculum testis*, cherche et trouve l'avantage de mettre, dans ses tractions, le testicule hors de cause.

Quelques précautions que l'on prenne, le fait est qu'on rencontre, à côté du résultat véritablement exemplaire que nous a présenté M. Monod, des résultats médiocres qu'on trouve indignes de votre attention et dont on ne parle pas, et des résultats mauvais.

Or, si nous arrivons à vous convaincre que dans l'opération de l'ectopie testiculaire la fixation du testicule n'est qu'un élément secondaire d'action, la discussion du choix des fils ne sera pas longue.

Pour nous, la question de la fixation du testicule est résolue. La tunique albuginée est tellement mince chez les enfants que le parenchyme testiculaire est forcément intéressé par la traversée de l'aiguille, et d'autant plus que cette coque fibreuse participe à

l'arrêt de développement de l'organe mâle, arrêt dont l'ectopie est une des expressions.

Les formes anatomiques de l'ectopie qui sont visées dans cette discussion sur l'orchidopexie sont l'ectopie interstitielle et l'ectopie inguinale externe.

Les raisons qui déterminent le chirurgien à agir sont la douleur et la formation d'une hernie. Nous pensons, en effet, que chez des enfants de moins de 10 ans, on n'est pas autorisé à opérer une ectopie quand elle n'est ni douloureuse, ni menaçante, à un âge où il est permis encore d'espérer que la puberté aura pour effet de conduire à destination le testicule arrivé à son avant-dernière étape.

La douleur est souvent atroce. Elle donne lieu fréquemment à des vomissements et à des syncopes : elle s'accompagne d'une ascension brusque et brutale du testicule vers le trajet inguinal, dont il heurte l'orifice externe ou dont il envahit la cavité.

Sur quatre enfants de 6, 8, 9 et 13 ans qui présentaient ce phénomène de douleur extrême, nous avons pu nous assurer trois fois que la cause de la souffrance était *non pas l'étranglement* du testicule dans le trajet inguinal, mais *la contusion* causée par le choc de la contraction violente du crémaster.

Nous avons, dans ces trois cas, pratiqué systématiquement l'excision du crémaster, et dans les trois cas nous avons constaté que ce muscle, le faisceau externe notamment, était énorme. Nous avons détaché, sur toute l'étendue de la tunique fibreuse, la totalité de la couche musculaire, et la conséquence immédiate de cette suppression a été que le testicule, que l'on pouvait à peine, en tirant fort, faire descendre de 1 centimètre de l'anneau, pouvait descendre, avec une traction légère, de 4 à 5 centimètres.

Cette traction légère faisait paraître les arêtes de brides cellulo-fibreuses qui hérissent la surface du cordon et qui, abattues à petits coups de ciseaux, libéraient à chaque fois l'organe et en parachevaient la descente.

Cette opération, *tout extérieure*, ainsi faite sans dissocier les éléments du cordon, sans mettre à nu les vaisseaux, fut complétée par une manœuvre spéciale, sur laquelle nous désirons appeler votre attention.

Nous avions empêché le testicule de remonter, grâce à l'excision du muscle crémaster ; nous l'avions fait descendre un peu plus, en sectionnant les brides fibreuses d'adhérences ; nous devions obtenir davantage, mais nous ne pensions pas pouvoir, en toute prudence, suppléer au travail de la nature en tirant sur le testicule pour l'abaisser de force au fond des bourses, au risque de l'enflammer en l'embrochant, de l'atrophier en tiraillant ses vaisseaux,

en isolant et en déroulant de force son canal déférent, ainsi que nous en avions été témoin chez un enfant de 7 ans, opéré cette année même dans notre service par un de nos collègues, un des plus habiles d'entre nous. Or, cet abaissement du testicule, que nous ne voulions pas obtenir par des tractions extérieures, nous l'avons demandé à la pression sanguine, par le moyen de la suture des piliers qui, en comprimant les veines du cordon, produit une stase de la circulation en retour favorable à la descente du testicule.

L'orifice externe du trajet inguinal est, dans ces cas, généralement élargi, soit qu'il garde encore des traces du passage du testicule inclus, soit plutôt qu'il soit battu en brèche par les coups de bélier du testicule, enlevé par les contractions du crémaster.

C'est avec le fil d'or absolu, celui-là même qui nous sert à la suture des piliers dans l'opération radicale des hernies, que nous avons rapproché les piliers, laissant à la partie inférieure de leur écartement un espace strictement suffisant pour le passage des éléments du cordon, sans étranglement.

Alors, sous nos yeux, au serrage du dernier point, le cordon devient turgescent, et les veinosités bleues soulèvent la gangue cellulaire qui les loge et qu'on n'a pas dissociée. Le soir, le testicule se tuméfie et devient douloureux.

Chaque jour, il descend, et vers le troisième ou quatrième jour il atteint la loge qu'on lui a préparée au fond des bourses.

Le cordon reste dur pendant longtemps. Il constitue une sorte de cylindre épais, suspendu à l'orifice inguinal externe et pesant sur le testicule comme un cachet.

Conclusions. — 1° Chez les enfants atteints d'ectopie testiculaire, la fixation avec la soie ou avec le catgut est inutile ou dangereuse.

2° L'excision large des deux faisceaux du crémaster libère largement le testicule et en empêche la brusque élévation, cause ordinaire des douleurs, tandis que l'excision soigneuse des brides fibreuses périphériques prépare la descente dans les bourses.

3° La permanence de cette descente est assurée par la stase des veines du cordon, véritable varicocèle expérimental que produit la suture serrée des piliers, avec les points d'or.

M. Championnière. Il y a, dans la communication de M. Félizet, une partie que j'accepte : l'orchidopexie, la fixation du testicule est accessoire.

Je ferai maintenant une remarque sur son procédé : c'est une excision circulaire incomplète des éléments qui fixent le cordon, excision qui peut suffire dans certains cas, mais qui devient illu-

soire dans les cas difficiles où il s'agit, non seulement d'empêcher le testicule de remonter, mais d'abord de le faire descendre. Il est bon de sectionner le crémater, mais ce n'est pas tout; j'ai insisté sur la nécessité de détruire tous les éléments du cordon, sauf le canal déférent et l'artère spermatique.

J'aurais voulu que M. Félizet nous donnât la date de ses opérations. C'est important, car il y a des réascensions tardives, qui se font, non par le crémaster, mais pas une rétraction lente de tous les éléments du cordon.

M. Félizet. Mes opérations sont anciennes de vingt-deux mois, dix mois et huit mois.

2° Discussion sur le choix des sutures.

M. Bouilly. Puisqu'on a soulevé la question du meilleur fil à employer pour faire les sutures, je dirai en quelques mots la pratique que j'ai adoptée. Elle vise la plus grande simplicité opératoire; pour atteindre ce but, je me sers d'un unique agent, la soie, qu'il s'agisse de sutures de la paroi abdominale, de la ligature des vaisseaux dans le ventre, de la formation du pédicule, etc.

Je n'ai pas de prévention contre le catgut, mais je ne lui trouve pas d'avantages marqués. La soie est plus facile à préparer, à obtenir aseptique. Beaucoup d'auteurs ont varié dans leurs manières de préparer le catgut, puis l'ont abandonné tout à fait, témoin Kocher (de Berne) qui lui attribue de graves accidents. Comme la soie m'a donné des résultats aussi bons que le meilleur catgut, je l'ai adoptée sans réserve, et j'utilise : pour les sutures de la paroi abdominale, la soie tressée plate, qui est facile à serrer et ne glise pas; pour les petites ligatures de vaisseaux et d'adhérences, la soie fine et ronde.

Quant à la préparation des fils, je les fais, comme M. Terrier, bouillir dans le sublimé. Malgré cette précaution, j'ai eu dernièrement une petite épidémie de suppuration au niveau des points de suture; je me suis demandé si c'était la faute de l'aiguille de Reverdin mal nettoyée, mais j'ai pu me convaincre qu'il n'en était rien, car j'ai eu en même temps des accidents analogues (gonflement, sensibilité) au niveau de certains pédicules. J'ai donc pensé qu'il y avait eu infection par la soie. Le fournisseur avait été changé; je suis revenu au premier, et j'ai traité ma soie en la passant à l'étuve à 120°. Depuis ce moment, la suppuration a disparu.

Je suis donc entièrement satisfait de la soie, et je pense qu'il est bon d'avoir des fils d'une seule espèce et faciles à désinfecter.

J'ai remarqué, d'ailleurs, une grande différence, au point de vue de l'asepsie, entre les sutures qui unissent seulement la peau, quand la paroi abdominale est maigre, et celles qui traversent des tissus sous-cutanés chargés de graisse. Il se fait aisément, dans ce dernier cas, de petites mortifications locales avec élimination d'une sorte de bourbillon.

M. Pozzi. Je ne partage pas l'opinion de M. Bouilly sur les avantages exclusifs de la soie. Je suppose qu'on possède un bon catgut, un catgut *idéal*, sa supériorité est évidente : il disparaît au milieu des tissus après avoir rempli son office, il ne joue pas le rôle de corps étranger, etc. Passons en revue les cas divers où on peut l'appliquer.

Dans les *ligatures d'artères*, un catgut qui tient huit jours environ et se résorbe ensuite est certainement le meilleur fil. Pour les ligatures perdues, au cours d'une amputation, rien ne peut lui être préféré.

Dans les cas de sutures d'*affrontement*, pour les réunions profondes, il est encore supérieur. Il a l'avantage de ne pas donner d'infection secondaire, à titre de corps étranger perdu au milieu des tissus. Je m'en sers toujours pour les surjets profonds à l'aide desquels je réunis la paroi abdominale ou je fais l'hémostase des ligaments larges, etc. Certains auteurs vont même plus loin : ils l'emploient toujours, à l'exclusion de la soie, pour les pédicules ovariens, pour le moignon des hystérectomies abdominales. Cette pratique me paraît un peu hasardée, exposer à l'hémorrhagie secondaire, et je préfère la soie pour les pédicules. Je me sers aussi de la soie pour les sutures de *soutènement* destinées à subir un certain effort.

Enfin dans les *pexies*, c'est-à-dire dans les opérations où le contact mécanique doit avoir une certaine durée pour que l'organe puisse contracter des adhérences solides et définitives, je crois que les avantages du catgut disparaissent devant ses défauts : et j'emploie la soie; il faut avoir un fil qui résiste plus longtemps.

N'oublions pas le fil d'argent; il est encore utile dans certains cas, par exemple pour affronter les muqueuses au fond d'une cavité où l'asepsie est difficile. C'est ainsi que je m'en sers pour suturer la muqueuse vaginale dans la colporrhaphie. Je fais une exception pour le col de l'utérus, et je me sers de catgut dans les opérations de Schrœder, de Simon et d'Emmet, parce que l'ablation des fils d'argent est trop compliquée.

Le fil d'argent a encore son utilité dans les sutures de la paroi abdominale, quand la plaie a été souillée par du pus; il doit être alors préféré à une matière qui se laisse imbiber, comme la soie.

Quelques-uns, Schede par exemple, vont même jusqu'à l'employer dans los sutures profondes et perdues de la paroi abdominale.

Un mot maintenant sur la préparation du catgut. L'acide phénique (procédé de Lister et de Championnière) demande un temps de préparation considérable ; le sublimé (Bergmann) le rend cassant. Je préfère, avec Thiersch et quelques autres, l'essence de bois de genévrier.

Deux précautions préalables sont nécessaires : 1° il faut bien dégraisser le catgut avec l'éther; 2° l'aseptiser à l'étuve, de 120° à 140°, pendant une heure, comme l'a conseillé le premier A. Reverdin. Alors, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, on a du très bon catgut. Je le conserve dans l'alcool rectifié additionné d'un dixième d'essence de bois de genévrier.

Quant à la soie, je n'ai rien à ajouter sur sa préparation. Mais il faut savoir que, malgré tous les soins, on a quelquefois des éliminations; la soie joue le rôle d'un corps étranger qui est le point de départ d'une infection secondaire. Est-ce parfois le voisinage de l'intestin? Est-ce l'état général de l'organisme qui devient un milieu de culture favorable à une évolution microbienne? Quoi qu'il en soit, on trouve dans la science des cas nombreux de fils de soie tolérés longtemps, plusieurs mois, puis éliminés un certain jour.

En résumé, je considère le bon catgut, bien préparé, comme supérieur aux autres fils pour les ligatures d'artères et pour les sutures perdues d'affrontement profond, comme inférieur pour les sutures de soutènement et de fixation dans les pexies.

M. Quénu. Je me sépare entièrement de MM. Championnière et Pozzi, et je me range à côté de M. Bouilly; je préfère la soie au catgut, parce qu'elle est plus facile à stériliser.

Vous parlez de catgut idéal? C'est justement là son infériorité; c'est que, pour atteindre cet idéal, il faut une série de préparations et de précautions, il faut employer le bois et non la baie de genévrier, etc.

Je ne crois pas aux infections secondaires au bout de six mois. La soie qui provoque ces accidents tardifs était mal stérilisée; elle à produit une infection légère, atténuée, mais suffisante pour former une goutte de pus qui s'est enkystée d'abord et révélée plus tard. J'ai constaté le fait à l'autopsie d'une femme qui avait subi la castration ovarienne et qui est morte un an plus tard d'accidents étrangers à l'opération ; j'ai trouvé au niveau d'un de ses pédicules un fil de soie enkysté, et quelques gouttes de pus autour de lui. Etait-ce une infection secondaire? nullement; c'était l'enkystement d'une infection locale atténuée.

La stérilisation de la soie est parfaite si on la fait bouillir. Si on se contente de plonger la bobine dans le liquide antiseptique, et si la bobine est un peu grosse, les parties profondes peuvent être mal stérilisées; mises à l'étuve, cela n'est pas à craindre. Si on emploie exclusivement la soie tressée plate, on n'a jamais de suppuration (je ne parle pas ici des sutures de la peau et des muqueuses). Il faut enfin qu'elle soit portée à 120 ou 140° sous pression pour détruire non seulement les microbes, mais leurs germes.

Dans un seul cas, je reviens au catgut, c'est pour le col de l'utérus, à cause de l'ennui d'enlever les fils qui ne se résorbent pas, et à cause de l'infection qu'ils peuvent conduire vers le col, si on les laisse prendre au dehors pour les retrouver et les enlever plus facilement.

M. Bazy. Depuis cinq ou six ans, je cherche toujours la réunion absolue, sans drainage. Je me suis donc préoccupé d'avoir un moyen d'affrontement très exact. La soie, n'étant pas résorbable, n'est pas toujours commode, notamment pour la réunion profonde des plaies axillaires. J'ai donc employé d'abord le catgut, préparé comme le conseille M. Pozzi; puis je me sers aujourd'hui du catgut naphtolé que nous prépare, comme vous le savez, un pharmacien très versé dans l'étude des procédés antiseptiques, et j'en obtiens toujours de très bons résultats.

J'utilise la soie plate pour les pédicules d'ovariotomie; pour la peau, le crin de Florence; pour les myomectomies, dans quatre cas je me suis bien trouvé de faire une suture avec de très gros catgut.

M. Terrier. Sans entrer dans aucun détail historique ni dans la critique des procédés employés par mes collègues, je me bornerai à exposer ma pratique personnelle.

Elle comporte plusieurs phases successives. J'ai été d'abord absolument listérien, et j'ai cherché à tout faire comme Lister lui-même. Mais je n'ai pas rencontré le catgut idéal. J'ai eu cependant un fil qui m'a semblé à peu près parfait, le *tendon de kanguroo;* mais je n'ai pu m'en procurer de nouveau ayant les mêmes qualités.

Rien n'est plus septique que le catgut. Pour l'avoir bon, il faudrait commencer à l'aseptiser au moment où on prend les intestins de l'animal, comme l'a écrit le pharmacien dont parlait M. Bazy, dans un article du *Bulletin de thérapeutique.* Le catgut m'a donné quelques accidents de suppuration, légers il est vrai; je l'ai abandonné pour adopter la soie.

Aujourd'hui je me sers de la soie exclusivement, sauf pour le col utérin. Je m'en sers même pour les artères petites ou grosses,

anévrysmes ou amputations. Or, les bons résultats sont plus faciles à obtenir en ville qu'à l'hôpital.

Quand j'opère en ville, je suis assisté par mon ancien interne, M. Poupinel, qui prépare la soie lui-même, et la stérilise à 120 ou 130°. Elle est seulement stérilisée; quelquefois au dernier moment, je la plonge dans le sublimé. Avec cette préparation fort simple, qu'il s'agisse de ligatures perdues ou de sutures de la paroi, je n'ai plus jamais d'accidents.

A l'hôpital, c'est autre chose. Le personnel, même le plus dévoué, est insuffisant et difficilement aseptique. De temps en temps, on a de petits accidents. Aussi ai-je adopté de nouvelles précautions. Je faisais une faute grave en plaçant mes fils dans des boîtes en nickel avant de les porter à l'étuve; la température, dans ces boîtes, reste au-dessous de 120°; le mieux est de les envelopper d'une compresse. Après l'étuve, je les fais bouillir dans le bichlorure de mercure; alors la stérilisation est parfaite, et on peut s'en servir avec une sécurité absolue pour les ligatures et les sutures profondes (je laisse de côté en ce moment, les téguments et les muqueuses).

Je dirai à M. Bouilly que je l'ai entendu avec étonnement parler de mortification par les fils aseptiques. Il ne peut y avoir de mortification et d'élimitation sans microbes.

Tout récemment, après les vacances, j'ai eu quelques suppurations de fils profonds. C'est que, pendant mon absence, le *modus faciendi* avait été changé; on ne se servait plus de l'étuve, on plongeait seulement les fils dans la solution phéniquée forte. J'ai repris l'étuve, et les accidents ont disparu.

En résumé, je ne condamne pas l'usage du catgut, mais j'estime que pour simplifier la pratique et la rendre plus sûre il vaut mieux employer uniquement la soie, qui ne demande pas une préparation longue et difficile.

M. Championnière. Je suis étonné de l'exclusivisme de la plupart de mes collègues, et je trouve qu'ils poussent bien loin l'amour de la soie ou celui du catgut. Pour mon compte j'utilise volontiers le catgut pour les parties molles, la soie pour les pédicules, le crin de Florence pour la peau, le fil d'argent pour les sutures osseuses; je n'aime aucune espèce de fil à l'exclusion des autres.

Sans doute, on peut adopter la soie d'une façon générale; mais les reproches qu'on a faits au catgut ne sont pas fondés.

On pense que la pratique est simplifiée par l'usage d'un seul fil. Cependant il vous en faut de plusieurs grosseurs, il vous faut des flacons différents; je ne vois pas bien la simplification.

J'ai conservé le catgut pour les sutures et les ligatures pro-

fondes, me souvenant de l'enseignement de Lister et des faits qui démontrent que la soie ne reste pas toujours enkystée. Si vous ne craignez pas l'élimination, c'est que vous parlez surtout en ce moment de chirurgie abdominale, et qu'il y a là des conditions favorables pour la soie : elle s'enkyste mieux, elle est plus facilement tolérée que dans d'autres régions.

M. Pozzi trouve le catgut insuffisant pour les pexies. Je suis d'un avis tout opposé : le catgut tient parfaitement, aussi longtemps qu'il le faut, et je m'en sers toujours. La suture ne lâche que quand elle suppure.

On trouve que la préparation du catgut est compliquée? Mais c'est vous qui la rendez difficile. M. Pozzi, qui en est partisan, fait beaucoup de cérémonies; je le prépare beaucoup plus simplement. Le pharmacien dont vous parlez n'a qu'à venir voir ce qu'on fait dans mon service. Je ne crois pas au catgut idéal; je trouve que le dégraissage ne sert absolument à rien. Je confie la préparation à la sœur de mon service, et je la surveille à peine; j'emploie une huile quelconque, et je ne sais même pas si c'est de l'huile d'olive, mais elle contient beaucoup d'acide phénique. Mon catgut ne suppure jamais; où donc avez-vous vu le catgut suppurer?

Quant à la soie, je l'ai fait quelquefois bouillir, et je l'ai trouvée cassante. Aussi, je la baigne simplement dans une solution de sublimé au centième, auquel rien ne résiste, ni les microbes ni leurs spores, ou bien ceux qui survivent doivent être fort malades et bien inoffensifs.

Le tendon de kanguroo n'est pas si difficile à trouver qu'on l'a dit. Seulement je le considère comme un très mauvais agent.

En résumé, je continue à me servir du catgut, parce qu'un fil résorbable est un agent précieux. Et je termine en faisant un petit reproche à M. Terrier : j'ai été stupéfait de l'entendre dire qu'il avait de meilleurs résultats en ville qu'à l'hôpital. Pour moi, les résultats sont absolument les mêmes où que j'opère, et s'il y avait quelque supériorité d'un côté, ce serait plutôt à l'hôpital. Je ne vois aucune raison pour qu'il en soit autrement; peut-être que M. Terrier serait de mon avis s'il se servait un peu moins d'autoclaves et autres attirails.

Présentation d'instrument.

Une nouvelle sonde pour le cathétérisme chez les prostatiques.

M. Bazy. On sait combien le cathétérisme chez les prostatiques peut être rendu difficile soit par l'hypertrophie de la prostate et en

particulier du lobe moyen, soit par les fausses routes faites antérieurement, ou par le malade, ou par les médecins.

On triomphe habituellement de ces difficultés soit en employant des sondes à grande courbure copiées plus ou moins sur la sonde de Gély, sondes métalliques ou bien sondes en gomme montées sur un mandrin métallique auquel on a donné cette courbure, soit en employant la manœuvre du mandrin coudé telle qu'elle a été imaginée par mon maître, le professeur Guyon.

Ces deux moyens, et en particulier le dernier, m'avaient toujours réussi jusqu'il y a quatre jours; mais j'étais depuis longtemps préoccupé par la perspective, peu agréable en somme, de rester impuissant à faire un cathétérisme, alors qu'il semble que l'on est le *deus ex machina* devant lequel tous les obstacles tombent.

Aussi avais-je fait construire, il y a trois ans, une sonde ayant la courbure des bougies Béniqué, répondant au numéro 21 de la filière Charrière. Cette sonde est ouverte aux deux bouts, l'extrémité vésicale est fermée par un bouton porté sur un mandrin; ce bouton est creusé de petites rainures latérales pouvant loger un fil.

Voici quelle est la manœuvre de la sonde, qui a été d'une extrême simplicité dans le cas auquel je viens de faire allusion, et dans lequel la manœuvre du mandrin coudé avait échoué, et où la sonde à grande courbure n'avait pu passer.

Cette sonde est entrée effectivement sans aucune difficulté, et cependant la prostate était tellement volumineuse, que pour faire arriver l'extrémité dans la vessie, j'ai dû abaisser fortement le pavillon entre les cuisses du malade, et le faire maintenir dans cette position pour voir l'urine couler.

Quand j'ai donc été assuré que la sonde était en bonne position, j'ai pris une sonde numéro 17, à bout coupé (on pourrait la prendre cylindrique), j'ai traversé son extrémité extérieure (celle qui est opposée aux œils) avec un fil fort que j'ai d'autre part attaché au mandrin et derrière le bouton; j'ai logé les fils dans les rainures latérales.

J'ai introduit la sonde en gomme (elle pourrait être en caoutchouc) dans l'intérieur de ma sonde jusqu'à ce qu'elle fût bien entrée dans la vessie. Cela fait, je retire la sonde métallique, tout en laissant le mandrin dans la même position.

La sonde en gomme reste donc dans le canal pendant que la sonde métallique le quitte.

La sonde molle doit être attachée au mandrin afin que, si par hasard dans ce mouvement, où l'on doit avoir plus de tendance à pousser la sonde dans la vessie qu'à la retirer, si par hasard, dis-je, la sonde molle était trop enfoncée et disparaissait dans le

canal, elle pût facilement être amenée au dehors par le mandrin.

Le cathétérisme fait de cette manière m'a paru être très simple. On m'objectera pourquoi, puisqu'il est si simple, ne l'avoir pas employé plus tôt. Assurément je l'aurais pu; mais il m'a semblé que la démonstration n'eût pas été faite. On aurait toujours pu me faire observer que j'aurais pu réussir par l'emploi des deux moyens que j'ai signalés en commençant; et que, par conséquent, malgré les arguments théoriques en faveur de l'emploi d'une sonde ayant une semblable courbure, cette sonde était inutile. Or, jusqu'ici, dans les nombreux cathétérismes difficiles que j'avais faits, j'avais toujours réussi par l'emploi des mandrins manœuvrés comme ils doivent l'être. On me concédera donc que je me trouvais cette fois-ci en présence d'un cas particulièrement difficile, et si j'ai réussi aussi facilement, c'est que le dernier moyen est le meilleur. Or, qui peut le plus, peut le moins, et je n'hésiterai pas à donner le conseil suivant: c'est que toutes les fois qu'on se trouvera en face d'un cathétérisme difficile chez un prostatique, il vaudra mieux avoir recours d'emblée à cette sonde métallique, qui n'exige pour son introduction qu'une habitude moyenne du cathétérisme, au lieu de chercher à employer les manœuvres en somme délicates, et exigeant une assez grande habitude, du mandrin à grande courbure ou du mandrin coudé.

Présentation de pièce.

Hystérectomie vaginale pour fibrome utérin. De la section médiane de l'utérus comme procédé de morcellement.

M. Quénu. Je présente ces pièces, qui se composent d'une part de morceaux d'utérus et d'autre part d'un fibromyome du volume du poing et du poids de 300 grammes, à cause du procédé opératoire que j'ai suivi pour leur extirpation.

Mme M..., âgée de 52 ans, est une femme volumineuse, très grasse, qui n'a jamais eu d'enfants. Elle accuse des douleurs de reins depuis le mois de septembre 1890, mais ne s'est jamais plainte du ventre et n'a jamais présenté ni métrorrhagies ni ménorrhagies. C'est pour des douleurs à l'anus et autour de l'anus qu'elle vint consulter son médecin il y a quelques mois. En l'examinant, on trouve qu'il existe des hémorrhoïdes très développées, douloureuses et saignantes. Au toucher vaginal, on sent dans le cul-de-sac postérieur une tumeur extrêmement dure du volume d'une

orange environ, rattachée à l'utérus, mais pouvant glisser sur lui. Cette tumeur n'est point le fond de l'utérus en rétroflexion, car l'hystéromètre nous démontre que ce dernier organe a une direction à peu près normale. Nous diagnostiquons un corps fibreux implanté sur la face postérieure de l'utérus, et comme la malade accuse depuis ces derniers temps des douleurs de plus en plus fortes, nous décidons l'ablation du fibrome. Je pensai d'abord m'ouvrir une voie suffisamment large en me contentant d'ouvrir le cul-de-sac postérieur du vagin et du péritoine; cette ouverture faite, je constate que la profondeur du vagin, son étroitesse et son inextensibilité rendent ce procédé inpraticable; alors je résolus d'enlever d'abord l'utérus sans m'occuper du fibrome. Je plaçai deux pinces courtes et fortes sur les côtés du col et sectionnai les attaches latérales du col afin de faciliter la descente de l'organe. Mais je pensai qu'il y avait tout intérêt à ne pas encombrer le vagin d'autres pinces contre lesquelles serait venue buter la tumeur. Je pratiquai la section de l'utérus sur la ligne médiane, depuis le col jusqu'au fond; c'est là une pratique que je suis constamment dans les hystérectomies vaginales pour salpingites. Il est remarquable de voir que cette section médiane ne donne lieu à aucun écoulement de sang et qu'il n'est besoin de placer aucune pince. Je préfère de beaucoup ce procédé de morcellement à celui que préconisent Péan et Second et qui consiste à diviser l'utérus en deux valves antérieure et postérieure. Lorsqu'on a sectionné l'utérus en deux valves latérales, comme je le conseille, chaque moitié se cache et remonte sur les côtés du petit bassin et laisse libre le champ opératoire. Ayant sectionné l'attache assez large du fibrome en même temps que je faisais ma section utérine médiane, je procédai à l'accouchement de la tumeur complètement libérée, sans plus m'occuper de l'utérus; je la saisis avec les pinces de Péan et je dus la diminuer en suivant le procédé de morcellement de ce chirurgien.

La tumeur enlevée, je plaçai deux longues pinces sur les ligaments larges et terminai rapidement mon opération en enlevant chaque moitié de l'utérus.

Les suites ont été des plus simples, et la malade, opérée le 6 juillet, est actuellement en voie de guérison.

La séance est levée à 3 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

G. RICHELOT.

Séance du 15 juillet 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Bazy s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

3° *Luxation totale de l'astragale par renversement sans plaie. Arthrite tibio-tarsienne. Énucléation de l'astragale. Résection de la malléole externe, guérison,* par M. Regnier, médecin principal de l'armée (M. Chauvel, rapporteur).

Communication.

Kystes dermoïdes du plancher de la bouche enlevés par la cavité buccale,

Par M. Heurtaux (de Nantes), membre correspondant.

Dans la séance du 1er juillet dernier, M. Monod a communiqué à la Société de chirurgie une observation de kyste dermoïde du plancher de la bouche. La tumeur, située au côté gauche de la région sus-hyoïdienne, franchement latérale, a été opérée par la voie buccale (ponction avec le thermocautère et cautérisation de la surface interne du kyste avec du chlorure de zinc liquide).

Le compte rendu ajoute que si la tumeur est médiane, l'opération par la peau est le procédé de choix.

Je ne pense pas que cette opinion puisse être considérée comme définitive. Les deux faits suivants, où le kyste dermoïde a été, de propos délibéré, attaqué par la cavité buccale, prouvent que l'opération ainsi pratiquée est facile et permet une complète ablation de la poche, même lorsqu'il existe une adhérence au squelette. La guérison rapide et l'absence de cicatrice à la peau doivent faire préférer ce mode opératoire.

Obs. I. — Gréau (Octave), âgé de 27 ans, cultivateur. Entré en novembre 1887 à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Kyste dermoïde sublingual, gros comme une forte noix, rejetant la langue en arrière. Il fait également saillie dans la région sus-hyoïdienne.

La tumeur adhère au bas de la symphyse, à droite de la ligne médiane.

Le malade s'est aperçu de son kyste il y a seulement quelques mois ; l'accroissement de la tumeur, dans ces derniers temps, a été rapide.

Ayant pris d'abord cette tumeur pour une grenouillette, j'y avais injecté sans résultat une ou deux gouttes de chlorure de zinc déliquescent.

Opération faite le 14 décembre. — Incision antéro-postérieure de la muqueuse qui couvre la tumeur. Dissection facile du kyste; l'adhérence au corps du maxillaire est coupée avec les ciseaux. Suture de la muqueuse au fil de soie; guérison rapide.

La poche kystique, fibreuse, contient une matière pâteuse et grumeleuse constituée par des matières épidermiques.

Obs. II. — Flaux (Raymond), âgé de 27 ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes dans les premiers jours d'août 1889.

Tumeur située au-dessous de la langue, faisant une forte saillie de ce côté; elle est également visible dans la région sus-hyoïdienne, à droite et tout près de la ligne médiane.

La langue est fortement relevée et la parole gênée.

La tumeur, de consistance pâteuse, conserve un peu l'empreinte du doigt, ce qui fait immédiatement diagnostiquer un kyste dermoïde. Les conduits de Warthon sont intacts.

On s'est aperçu de cette tumeur il y a deux ans seulement, à l'occasion d'une angine. Accroissement rapide dans les derniers mois.

Opération faite le 12 août. — Incision antéro-postérieure de la muqueuse sur la partie saillante de la tumeur. La dissection du kyste n'offre pas de difficultés : des adhérences filamenteuses assez lâches le relient aux parties voisines, en sorte que, presque partout, on peut procéder par énucléation. A la partie antérieure, adhérence fibreuse au corps du maxillaire en un point limité, très près et à droite de la ligne médiane. Suture de la muqueuse avec un fil de soie. La guérison est accomplie en quelques jours.

Le kyste enlevé présente un diamètre de 55 millimètres sur 45. La paroi, mince, est franchement fibreuse; le contenu pâteux, grumeleux, comme dans les kystes dermoïdes ordinaires.

Comme on le voit, dans les deux faits qui précèdent, la simplicité de l'opération et l'excellence du résultat n'ont rien laissé à désirer ; les conclusions qu'on en peut tirer sont les suivantes :

1° Les kystes dermoïdes du plancher de la bouche doivent être attaqués par la cavité buccale;

2° L'instrument tranchant seul doit être employé;

3° Il faut s'appliquer à enlever toute la poche ; cette dissection est généralement facile, à cause de la laxité du tissu qui unit la face externe du kyste aux parties voisines. S'il existe une adhérence au maxillaire, elle se fait par une surface étroite et ne complique pas la manœuvre opératoire.

Rapport.

Sur un travail de M. Boursier (de Bordeaux), *relatif à deux observations de pied bot guéri par l'extirpation de l'astragale.*

Rapport par M. E. Kirmisson.

Obs. I. — La première observation de M. Boursier a trait à un jeune homme de 25 ans, portant une déformation ancienne du pied gauche, dont l'origine remonte à une paralysie infantile qui s'est montrée à l'âge de 5 ans. Le pied était dévié en varus équin, la marche se faisait sur le bord externe du pied. Si le malade vint, le 8 février 1886, réclamer des soins à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, c'est que son pied, autrefois indolent, était devenu le siège de très vives douleurs dans les points qui, pendant la marche, portaient anormalement sur le sol.

Les points qui supportent le poids du corps sont le cuboïde et le bord externe du métatarse. A ce niveau, la peau est dure, épaissie, et douloureuse à la pression, le talon est élevé au-dessus du sol. La face dorsale du pied devenue externe est très convexe; la face plantaire ou interne présente une concavité très prononcée au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Sur le dos du pied, on voit une saillie dure, mamelonnée, qui correspond évidemment à l'astragale. Cet os est à demi luxé. Il regarde en dehors et un peu en avant. Sa facette articulaire supérieure est presque totalement sortie de la mortaise péronéo-tibiale et se porte en avant et en haut. Le col et la tête sont rejetés vers le bord interne du pied. Le calcanéum uni à l'astragale a suivi son mouvement de rotation et de projection en avant, son extrémité postérieure est relevée, et la direction de l'os est oblique en dedans et en avant.

En présence de l'atrophie musculaire accompagnant chez ce malade l'existence du pied bot varus équin paralytique, M. Boursier pensa qu'il serait avantageux de lui faire suivre un traitement électrique, capable de régénérer, au moins en partie, les muscles déjà atrophiés.

Le 1er avril, l'amélioration espérée s'étant produite, on procède à l'opération. M. Boursier commence par faire la ténotomie sous-cutanée du tendon du jambier antérieur rétracté et celle de l'aponévrose plantaire. Le redressement du pied est encore très incomplet; le tendon

d'Achille est sectionné à son tour; le pied se redresse un peu plus, mais encore incomplètement, M. Boursier pratique alors l'extirpation de l'astragale, au moyen d'une incision externe, commençant au voisinage de la malléole péronière pour s'étendre jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure du troisième métatarsien. Cet os enlevé, le redressement est à peu près complet. L'équinisme est complètement corrigé; l'enroulement du pied a disparu, mais l'avant-pied est encore légèrement déjeté en dedans. Comme, malgré cette imperfection, la région plantaire paraît absolument plane et fait un angle droit avec l'axe de la jambe, les tentatives opératoires ne sont pas poussées plus loin.

Malheureusement, la marche de la plaie fut loin d'être aseptique; la température s'éleva jusqu'à 40 degrés; du pus se forma au niveau de la plaie opératoire, deux fusées purulentes durent être successivement ouvertes au côté interne du pied, au niveau de la gaine des fléchisseurs. Malgré ces accidents, le malade commençait à se lever au début de juin; il pouvait appuyer sur le sol sans éprouver de douleurs. Dans les premiers jours de septembre il quittait l'hôpital, complètement guéri.

Obs. II. — La seconde observation de M. Boursier est intitulée : Double pied bot varus équin congénital; double extirpation de l'astragale; scarlatine intercurrente; guérison. Elle a trait à un jeune garçon de 7 ans dont les antécédents sont intéressants, en ce qu'ils nous montrent un exemple bien net d'hérédité du pied bot. La mère de l'enfant a porté une difformité semblable au pied droit; elle a eu deux autres garçons, tous deux morts en bas âge, et qui avaient également des pieds bots congénitaux.

A partir de l'âge de quelques mois, cet enfant a été soumis à des frictions et des massages faits par ses parents, et qui, du reste, n'ont donné aucun résultat. Il n'a commencé à marcher qu'à deux ans, et, depuis ce moment, les lésions se sont beaucoup aggravées.

A son entrée à l'hôpital, l'enfant présente l'état suivant : Les deux pieds sont déviés en varus équin, le pied faisant avec l'axe de la jambe un angle obtus très ouvert, comme le montrent les photographies jointes à son travail par M. Boursier, le tendon d'Achille et l'aponévrose plantaire rétractés opposent un obstacle considérable à la réduction. Les lésions étant un peu plus accentuées à droite, c'est sur ce pied que fut dirigée la première intervention.

Le 23 juillet 1890, M. Boursier pratique, à droite, la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire; puis, ne pouvant obtenir une réduction complète, il fait l'extirpation de l'astragale. La plaie opératoire est réunie par la suture avec drainage et pansée à l'iodoforme, et le membre immobilisé au moyen d'un appareil plâtré. Malheureusement, les suites de cette opération furent loin d'être aseptiques. Le 30 juillet, il y eut une brusque élévation de température, le 1er août le thermomètre dépassait 40 degrés. C'était là l'indice d'une scarlatine dont l'éruption suivit son cours sans aucune

particularité digne d'être notée. Mais, sous l'influence de cet exanthème, des accidents graves de suppuration se montrèrent; non seulement la plaie opératoire suppura abondamment, mais il y eut encore des fusées purulentes qui obligèrent à faire une contre-ouverture jusqu'à la partie supérieure de la jambe; c'est seulement dans le courant de novembre que la guérison complète de toutes les plaies put être obtenue.

Dans les premiers jours du mois de novembre, l'enfant était entièrement guéri. Aussi, le 12 décembre 1890, M. Boursier pratiqua sur le pied gauche une opération semblable à celle qui avait été faite sur le pied droit, c'est-à-dire la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, suivie de l'extirpation de l'astragale. Le pied complètement redressé fut immédiatement immobilisé dans un appareil plâtré.

Cette fois, les suites de l'opération furent satisfaisantes. L'enfant n'eut pas de fièvre, la cicatrisation des plaies fut très rapidement obtenue, par première intention pour les sections tendineuses, avec une très petite suppuration pour la plaie astragalienne.

Si M. Boursier nous communique ces deux observations d'ablation de l'astragale, c'est, dit-il, dans le but d'attirer notre attention sur le résultat définitif, c'est-à-dire, sur la marche après l'opération. Il a suivi son second malade jusqu'au 28 juin 1891; il a revu le premier en décembre 1888, c'est-à-dire plus de dix-huit mois après l'opération. Les deux malades marchaient facilement sans aucun appui, sans aucun appareil, ainsi que le montrent les empreintes du pied prises à ce moment et jointes aux observations. Quant à la forme du pied, il est facile de se convaincre, en jetant les yeux sur les photographies envoyées par M. Boursier, que, si l'équinisme est entièrement corrigé, il persiste un certain degré d'adduction se traduisant par la saillie du talon en dedans et l'existence d'un pli profond sur le bord interne du pied. Au reste, je m'empresse d'ajouter que l'auteur lui-même reconnaît cette dernière imperfection. C'est qu'en effet l'ablation de l'astragale ne peut avoir d'influence sur l'enroulement du bord interne du pied. Si elle corrige l'équinisme, elle ne saurait remédier au varus; aussi, sans condamner d'une manière absolue cette opération, je préfère pour ma part avoir recours, dans la cure du pied bot varus équin congénital, à une ostéotomie cunéiforme pratiquée sur le bord externe du pied, au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne.

Au reste, il est très exceptionnel que j'aie recours à des opérations portant sur le squelette. Dans l'immense majorité des cas, je me contente de la section des parties molles au niveau du bord interne du pied, d'après le procédé de Phelps, dont je me suis

déjà constitué le défenseur, soit devant vous, soit devant le Congrès français de chirurgie en 1889. Mais je ne me contente pas de sectionner la peau et l'aponévrose plantaire, les tendons des jambiers antérieur et postérieur; je pratique une large arthrotomie de l'articulation médiotarsienne. A chaque fois que l'équinisme l'exige, j'ajoute à cette opération la section sous-cutanée du tendon d'Achille. Après redressement forcé, le membre est immobilisé dans un appareil plâtré. Ce procédé m'a donné jusqu'ici d'excellents résultats.

A l'appui de ma manière de voir, je vous demande la permission de vous présenter cette petite fille de 8 ans, qui offrait à droite un pied bot varus équin congénital beaucoup plus prononcé que ceux du petit malade de M. Boursier, puisque, chez elle, le pied formait avec l'axe de la jambe, un angle aigu; l'astragale était complètement subluxé, et l'enfant marchait sur la tubérosité du cuboïde. Il y avait, en outre, ceci de particulier, que cette petite fille avait subi trois fois la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille; la première fois, à l'âge de 20 jours; la seconde fois à 10 mois; la troisième fois à 23 mois. Depuis cette troisième ténotomie, l'enfant avait constamment porté des appareils à tuteurs métalliques remontant jusqu'à la racine du membre, tout cela sans résultat. Le 24 février dernier, j'ai pratiqué chez elle l'opération de Phelps, et vous voyez qu'aujourd'hui, le pied est parfaitement redressé; l'enfant marche avec le pied opéré aussi bien qu'avec le membre sain, et cela à l'aide d'une simple bottine dont la tige renferme deux petits tuteurs métalliques. C'est là un résultat excellent.

Quelles que soient mes restrictions au point de vue scientifique, je reconnais que les observations de M. Boursier sont fort intéressantes. Je vous propose donc :

1° De lui adresser nos remerciements en déposant son travail dans nos archives ;

2° De l'inscrire en rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Discussion.

M. Tillaux. Le résultat obtenu par M. Kirmisson est très beau, mais son procédé me paraît surtout applicable aux varus directs, sans équinisme.

M. Kirmisson. Ma petite malade avait, au contraire, un équinisme très marqué. On peut, d'ailleurs, si on le juge nécessaire, ajouter à l'opération la section du tendon d'Achille.

Rapport.

Deux laparotomies pour plaies du foie.

Rapport par M. Terrier.

Tel est le titre d'un travail qui nous a été lu par mon ami et collègue M. A. Broca, et sur lequel j'ai à vous présenter un rapport.

L'intervention chirurgicale dans les plaies du foie a été considérée par quelques membres de la Société comme presque impossible, et cela à propos de la discussion d'un rapport que j'ai fait sur la laparotomie immédiate lors de plaies pénétrantes de l'abdomen.

Or, on ne peut accepter cette manière de voir, et les observations de M. A. Broca viennent démontrer la possibilité de cette intervention, bien que dans les deux cas les résultats aient été négatifs. Voyons ces observations :

Obs. I. — Il s'agit d'un homme de 39 ans qui, le 17 juin 1890, se donna deux coups de couteau, l'un dans l'hypochondre gauche, l'autre à l'épigastre. Par la première de ces plaies faisait issue l'épiploon. Le sujet était manifestement alcoolique et aliéné. M. Broca débrida la plaie dans sa direction, c'est-à-dire obliquement en bas et en dedans, réséqua l'épiploon lié au nœud de Tait, et après réduction de ce pédicule, qui certainement ne saignait pas, vit que du sang sortait en abondance de l'abdomen. La plaie pariétale fut alors largement débridée jusqu'au muscle droit, en plein muscle, puis la paroi fut fendue verticalement le long du bord externe du muscle droit, de l'appendice xiphoïde au pubis. Après évacuation de nombreux caillots sanguins, la face supérieure du foie, volumineux et granuleux, apparut avec deux plaies antéro-postérieures, dont une ne saignait pas, tandis que de l'autre du sang rouge sortait en abondance. Le foie, cirrhotique, se déchira sous les fils dans un essai de suture. L'attouchement au thermocautère, enfoncé profondément, fut inefficace. M. Broca tamponna alors la plaie avec de la gaze iodoformée, le bout de la mèche sortant par l'angle supérieur de l'incision. L'hémostase de cette plaie fut ainsi obtenue. Mais il venait encore du sang, en moindre abondance, il est vrai : l'exploration fut infructueuse à en révéler la source, et, pour ne pas prolonger une intervention déjà longue, l'incision abdominale fut suturée en étages. Le malade mourut au bout de soixante heures et l'autopsie révéla, outre un début de péritonite au niveau du foyer opératoire, un épanchement sanguin d'un litre environ. Sur la face convexe du foie, cirrhotique et graisseux, pesant 2,230 grammes, il existe deux plaies méconnues et une à la face inférieure : c'est évidemment d'elles que venait le sang. La plaie tamponnée pénètre à

4 centimètres et ouvre une veine sus-hépatique grosse comme une plume d'oie : l'hémostase y est parfaite.

En résumé, après une laparotomie non réglée, M. A. Broca put constater l'existence d'une plaie du foie et put arrêter l'hémorrhagie par le tamponnement avec la gaze iodoformée.

Malheureusement trois autres plaies furent méconnues, d'où l'hémorrhagie abondante intra-péritonéale qui, avec la péritonite, contribua à la mort du blessé.

Cette observation démontre la possibilité de l'hémostase lors d'une plaie profonde du foie.

Obs. II. Homme de 45 ans qui, le 9 août 1890, s'enfonça de bas en haut, sur la ligne médiane, à l'épigastre, un couteau de cuisine. Le blessé semblait exsangue; pâleur extrême, pouls misérable. M. A. Broca fit la laparotomie médiane sus-ombilicale et sutura d'abord deux petites plaies stomacales : une pénétrante, une non pénétrante, où une artériole donnait en jet. Le sang coulait toujours en abondance : il venait d'une plaie longue de 7 centimètres, située à la face inférieure du foie; cette plaie put être suturée à la soie et dès lors ne saigna plus. La plaie pariétale fut alors fermée. Mais l'opéré mourait dix heures après, avec tous les signes d'une hémorrhagie interne, et à l'autopsie on trouva, en effet, un épanchement sanguin remplissant le petit bassin et débordant dans les fosses iliaques. Le couteau avait perforé le foie de part en part, et la plaie de la face convexe, méconnue, avait continué à saigner.

Comme dans le cas précédent, la laparotomie, médiane ici, permit de constater la plaie de la face inférieure du foie, et la suture put être pratiquée pour obtenir l'hémostase.

Malheureusement le foie avait été perforé et le sang continua à couler par la plaie de la face convexe, d'où la mort du blessé. Ainsi que le dit M. A. Broca, je ne sache pas que la laparotomie ait été faite d'emblée pour les plaies du foie, et cela bien à tort. Il résulte des observations de M. Broca que l'une des difficultés, dans l'espèce, consiste à bien découvrir toutes les plaies, et il faut se rappeler que l'organe peut être transpercé de part en part. Or, pour arriver à une exploration méthodique du foie, je crois que, sauf indications exceptionnelles, le meilleur est de pratiquer la laparotomie médiane. L'utilisation de la plaie accidentelle ne me semble indiquée que lorsque cette plaie est déjà fort étendue, et qu'elle doit être elle-même reséquée et aseptisée. Du reste, comme le remarque M. A. Broca, l'ouverture du ventre, en utilisant la plaie accidentelle, a été une des difficultés de l'intervention chez son premier malade, et cette plaie, probablement septique, a dû jouer

un certain rôle dans le développement de la péritonite ultérieure.

Dans la seconde opération, M. A. Broca a fait la laparotomie médiane, et grâce à elle a pu reconnaître facilement les deux plaies stomacales et la section du foie sur une étendue de 7 centimètres. Il est malheureux qu'il n'ait pas pensé à la transfixion possible de l'organe, mais en ces cas on fait ce qu'on peut. Le chirurgien, qui avait affaire à un foie sain, put le suturer et obtenir une hémostase suffisante.

En résumé, messieurs, je défends absolument la conduite tenue par notre jeune collègue des hôpitaux, c'est-à-dire que, si la laparotomie immédiate et médiane est indiquée dès que l'on soupçonne une plaie pénétrante de l'abdomen, *a fortiori* doit-on la faire quand on suppose une plaie du foie.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des remerciements à M. A. Broca et de déposer son travail aux archives.

Discussion.

M. Pozzi. J'ai été un des premiers à faire la suture du foie dans les plaies *chirurgicales* de cet organe; je l'ai faite après l'énucléation totale d'un kyste hydatique, dont j'ai présenté l'observation il y a trois ans au Congrès français de chirurgie. La malade a parfaitement guéri.

M. Championnière. Bien d'autres chirurgiens ont agi de même. En 1885, j'ai présenté ici l'observation d'un kyste hydatique que nous avions enlevé, M. Terrier et moi, avec un lambeau de tissu hépatique; j'ai suturé le tissu pour faire l'hémostase.

M. Reclus. En 1885, j'ai dû, pour aborder un hyste hydatique, traverser deux centimètres de tissu hépatique. J'ai réuni ensuite la plaie du foie à la plaie abdominale en passant les fils au travers du foie, ce qui mit fin à l'hémorrhagie. C'est la remarque de M. Pozzi qui m'a engagé à rappeler ce fait; mais il n'a, en réalité, aucun rapport avec celui de M. Broca.

M. Terrier. En effet, il n'y a aucune parité à établir entre les exemples qu'on vient de citer et le cas de M. Broca. Il s'agit, dans l'observation de notre collègue, d'une laparotomie faite de propos délibéré pour aller à la recherche d'une plaie du foie et la traiter directement, et non d'une plaie faite à cet organe au cours d'une opération; beaucoup de chirurgiens, dans ce dernier cas, ont été amenés à passer des fils dans la substance du foie pour arrêter le sang. L'observation de M. Broca a une tout autre portée: elle sou

lève la question de l'intervention chirurgicale dans les plaies hépatiques.

M. Pozzi. Sans doute, il s'agit en ce moment de deux ordres de faits distincts et n'ayant pas la même portée chirurgicale. Mais il y a, de part et d'autre, un fait de physiologie pathologique qui ne varie pas : la réussite d'une suture appliquée sur le tissu hépatique. C'est à ce point de vue que je me suis placé. Je n'entrerai pas dans la discussion des indications chirurgicales en présence des plaies du foie, car M. Terrier me reprocherait, sans doute, de faire montre d'érudition bibliographique [1].

M. Terrier. Puisque M. Pozzi parle de bibliographie, je citerai le travail de L. Edler sur les traumatismes des organes parenchymateux de l'abdomen. L'auteur y parle des plaies du foie et rappelle des expériences physiologiques, mais je ne crois pas qu'il étudie la question qui est soulevée dans mon rapport, celle de la laparotomie exploratrice entreprise pour traiter une plaie du foie qu'on soupçonne.

Sur le fait de physiologie pathologique invoqué par M. Pozzi, nous sommes d'accord.

Communication.

Anévrysme artério-veineux de la carotide interne dans le sinus caverneux.

Par M. Dieu, médecin chef de l'hôpital militaire de Versailles.

Nous aurons l'honneur, dans quelques instants, de vous présenter un militaire atteint d'un anévrysme traumatique artérioso-veineux de la carotide interne dans le sinus caverneux. Mais, auparavant, vous nous permettrez de vous lire un résumé de cette observation intéressante, qui a été recueillie, dans notre service, par M. l'aide-major Bonnet.

Le 2 décembre 1890, le nommé Colombe, brigadier fourrier au 22e d'artillerie, faisait des armes avec un de ses camarades, lorsque le fleuret de ce dernier vint buter contre le masque, se brisa et, le tronçon continuant sa course à travers les mailles du masque, vint frapper Colombe à l'œil droit.

[1] Dès 1887. Burckardt a posé l'indication de l'intervention dans les plaies du foie par la laparotomie immédiate suivie d'hémostase par suture ou tamponnement (*Centr. f. Chirurg.*, 1887, n° 5).

Conduit aussitôt à l'infirmerie, il fut examiné et on ne constata aucune plaie; mais, une demi-heure après l'accident, on vit apparaîtro un œdème considérable de la paupière supérieure; le blessé se plaignait d'un violent mal de tête, et il eut des vomissements pendant toute la journée.

Le lendemain matin, il entra à l'hôpital militaire de Versailles, dans notre service.

L'œdème palpébral, survenu après l'accident, avait notablement diminué, mais une vaste ecchymose sous-conjonctivale recouvrait la sclérotique, en même temps que la région péri-orbitaire était envahie par une ecchymose sous-cutanée. L'état général ne présentait rien d'anormal; les vomissements avaient cessé; le blessé accusait des douleurs circum-orbitaires intermittentes; mais, dès le lendemain de son entrée, il appela notre attention sur une sensation bizarre qu'il éprouvait à la face interne de l'orbite; il entendait un petit sifflement intermittent, isochrone aux battements du pouls; ce bruit augmentait d'intensité lorsqu'il se couchait sur le côté droit, et était perçu plus facilement dans le silence de la nuit.

La vision était intacte, et il n'y avait pas d'exophthalmie.

Les jours suivants les ecchymoses se résorbèrent, et le 19 décembre le malade sortit de l'hôpital pour se rendre dans sa famille; il ne conservait de son accident que cette sensation de sifflement qui, du reste, ne le gênait nullement.

Telle est la première phase, que nous appellerons latente, du processus pathologique qui va se dérouler les mois suivants.

Le 30 décembre, Colombe s'amusait à déboucher un tube de verre rempli de glace, en soufflant dedans avec force, lorsqu'il ressentit tout à coup, en arrière de l'œil, un bouillonnement, avec la sensation d'une projection, en avant, du globe oculaire, sensation non douloureuse, et qui ne l'empêcha pas de continuer son opération.

Rien d'apparent dans la journée; mais le lendemain, au réveil, tout son entourage remarqua que son œil faisait saillie en avant. L'exophthalmie augmentant les jours suivants, le blessé quitta sa famille et vint reprendre son lit à l'hôpital de Versailles.

A notre examen du 10 janvier, nous constations les signes suivants: saillie considérable du globe oculaire; paupière œdémateuse avec teinte bleutée; conjonctive infiltrée, tres vasculaire, formant un chémosis qui empêche l'occlusion des paupières; cornée saine, iris contractile. Le globe oculaire, qui est projeté en masse en avant, est mobile; il est animé de mouvements isochrones à la systole cardiaque avec maximum siégeant au-dessous du trou sus-orbitaire. L'exophthalmie est réductible en partie par la pression, et la compression de la carotide primitive diminue les battements sans les faire disparaître complètement.

A maintes reprises la sensation de thrill a été recherchée sans pouvoir la constater.

A l'auscultation, on perçoit, au niveau du globe oculaire et de la partie supérieure de l'orbite, un bruit de souffle continu, avec renfor-

cement coïncidant avec la systole cardiaque ; son timbre présente une rudesse variable : tantôt très doux, tantôt presque râpeux, il s'accompagne, par intermittences, de bruits musicaux, de piaulements perçus par le malade. Ce souffle, dont le maximum siège en dessous du trou sus-orbitaire, ne se propage pas aux régions péri-orbitaire ni temporale ; il est perçu dans la carotide droite, et diminue par la compression de ce vaisseau.

L'examen de l'œil fait constater une acuité visuelle de trois quarts pour l'œil droit, tandis qu'elle est normale pour l'œil gauche. A l'ophthalmoscope, le fond de l'œil est injecté ; les veines sont dilatées et ont un calibre triple environ du calibre normal ; elles ne présentent pas de battements.

Les signes fonctionnels sont peu accusés ; l'ouïe est excellente, égale des deux côtés ; la céphalalgie au début persiste toujours ; l'intelligence est intacte ; pas de phénomènes généraux, si ce n'est un certain degré de somnolence. Enfin, le malade perçoit son bruit de souffle et les piaulements dont il s'accompagne, mais le moindre bruit du dehors les lui masque, et il n'en est pas incommodé.

Nous portons le diagnostic d'anévrysme artérioso-veineux traumatique de la carotide interne dans le sinus caverneux.

M. le professeur Tillaux, notre excellent maître, a bien voulu examiner ce malade ; il a constaté les signes énumérés plus haut, et a confirmé notre diagnostic. Il nous a conseillé l'abstention, sauf à recourir à la ligature de la carotide primitive, s'il survenait des accidents ; il nous a cependant encouragé à essayer la compression digitale, qui fut mise en pratique dès le 13 janvier, de la manière suivante :

« La carotide primitive devra être comprimée pendant deux heures par les aides-majors du service, et le malade lui-même devra faire plusieurs séances de compression dans la journée. »

A la première séance, au bout de quelques instants de compression, suffisamment faite jusqu'à la suppression de la sensation du souffle éprouvée par le blessé, la vision se brouilla du côté malade, et bientôt l'amaurose devint complète. Dès qu'on laissa la circulation reprendre son libre cours, ce phénomène se dissipa peu à peu, et après une demi-heure la vision reprit toute sa netteté. Dans la nuit, le malade éprouva une recrudescence de céphalalgie avec propagation à la région occipitale.

Walker donne, comme signe pathognomonique du siège intra-crânien de la cause morbide d'un exophthalmos, l'interruption ou la diminution de la circulation dans l'artère centrale de la rétine, par compression de la carotide commune. Il explique l'interruption de la circulation rétinienne par un prolongement si considérable de la tumeur anévrysmale à la partie supérieure, qu'il comprime et oblitère complètement la carotide interne en amont du point d'origine de l'ophthalmique. Notre observation vient appuyer l'explication donnée par Walker.

Le résultat de la première tentative de compression digitale était peu encourageant ; on continua cependant les séances pendant dix jours, et toujours les mêmes phénomènes amaurotiques se reprodui-

saient. Le 23 janvier, le chémosis avait un peu augmenté et l'état ne paraissait pas s'améliorer, lorsque le blessé nous accusa une perception de souffle doux, très faible, qui se propageait dans la direction de la carotide saine.

Craignant de développer une circulation collatérale, qui aurait pu entraver l'action de la ligature, au cas où celle-ci serait devenue nécessaire, nous fîmes cesser tout traitement, et on se contenta de tenir le blessé en observation.

Le 5 mars, l'état restant stationnaire, et Colombe s'ennuyant à l'hôpital, nous l'envoyâmes dans sa famille, mais en lui conseillant de revenir à la moindre alerte.

Il est rentré au mois de mai dans notre service. Aujourd'hui, l'affection, loin de s'aggraver, paraît stationnaire, avec diminution dans les troubles fonctionnels ; l'acuité visuelle seule a diminué et n'est plus que d'un quart ; le chémosis a presque disparu ; la paupière supérieure est plus souple; il n'y a plus de céphalalgie et le souffle, diminué, n'incommode pas le malade ; mais les autres signes persistent et le thrill, qui n'existait pas au début, est très facile à percevoir à la partie interne de l'orbite, au niveau d'une saillie arrondie, sorte de lac veineux, qui s'est développée à la suite d'un effort fait par le blessé.

Conformément aux descriptions qui ont été données par MM. Delens, Terrier, Chauvel et Lefort, nous avons porté le diagnostic d'anévrysme traumatique de la carotide interne dans le sinus caverneux, et non celui, beaucoup trop général, d'exophthalmos pulsatile. Nous croyons qu'il importe aujourd'hui de distinguer avec plus de précision les tumeurs pulsatiles de l'orbite, afin d'établir avec plus de netteté le traitement que comportent ces tumeurs de natures différentes.

Quelle conduite faut-il tenir en pareil cas ? Sans parler des nombreux traitements qui ont été successivement employés sans grands résultats, la ligature de la carotide primitive paraît être le traitement de choix, puisqu'elle a été pratiquée 62 fois d'après le mémoire de Lefort, publié dans la *Revue de chirurgie*. Il est évident qu'elle est indiquée chaque fois que des accidents surviennent, mais elle ne paraît pas toujours donner des résultats définitifs ; le processus, enrayé tout d'abord par la ligature, continue ; les accidents reparaissent au bout d'un temps plus ou moins long, et peuvent nécessiter la ligature de la carotide du côté opposé, qui, du reste, n'a encore été pratiquée que trois fois. De plus, on ne s'explique pas facilement, au point de vue anatomique, la cure d'un anévrysme artério-veineux de la carotide interne dans le sinus caverneux par la ligature de la carotide primitive. La statistique fournie par M. le professeur Lefort, et qui donne : 34 guérisons complètes, 4 guérisons partielles, 14 récidives ou insuccès, 2 insuccès complets et 8 morts, s'applique à l'exophthalmos pulsatile,

en général, dénomination vague et qui comprend, sous la même appellation, des affections absolument différentes, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Aussi, malgré cette statistique, qui paraît favorable à la ligature, nous croyons qu'il ne faut tenter cette opération que dans le cas où la vie du blessé est en danger, ou lorsque celui-ci réclame une intervention en raison des douleurs, des bruits intra-crâniens, qui rendent sa vie insupportable.

Au cas particulier, l'accident a eu lieu il y a sept mois; l'affection, après avoir rétrogradé, paraît stationnaire, il n'y a aucune douleur, aucun trouble fonctionnel sérieux, et nous sommes disposé à continuer l'expectation, s'il ne survient pas d'indication spéciale, pensant que la guérison est possible avec le temps, sans aucune intervention chirurgicale.

Cependant la question est discutable, et nous serions heureux d'avoir l'avis éclairé des membres de la Société de chirurgie sur ce point de thérapeutique chirurgicale, qui, croyons-nous, n'est pas encore définitivement fixé.

Discussion.

M. Périer. La guérison spontanée est possible, nous a dit M. Dieu. C'est la vérité; pour ma part, j'en ai vu un cas. Le Dr Ch. Martin m'appela un jour dans une famille amie, auprès d'une jeune fille qui était tombée d'une escarpolette. Je la vis quelques heures après l'accident: elle était restée dans le coma quelques minutes seulement; elle ne souffrait pas, mais tout autour de sa tête on entendait à distance un bruit semblable à celui que présente le blessé de M. Dieu. J'attendis sans rien faire, et même je ne dis rien de mes inquiétudes; le bruit diminua d'intensité, puis cessa peu à peu, et la jeune fille fut guérie en quelques semaines, sans garder aucune trace de l'accident. Il est évident pour moi que la chute, qui avait eu lieu sur la nuque, avait déterminé une petite fracture et qu'il en était résulté une communication entre la carotide et le sinus caverneux.

M. Delens. Le fait de M. Dieu est le cinquième ou le sixième de ceux que j'ai pu examiner. Il présente tous les caractères qui ont été notés par Nélaton la première fois que cette lésion fut observée.

Ce qui me frappe dans cette affection, c'est que, si nous en connaissons bien l'étiologie et à peu près l'anatomie pathologique, nous sommes loin d'être édifiés sur son évolution spontanée. Peut-elle amener la mort quand elle est abandonnée à elle-même? De

cette incertitude il résulte que nous devons être fort réservés en ce qui concerne le traitement. On connaît des exemples de guérison spontanée dans des cas tout à fait comparables à celui-ci; d'ailleurs, la ligature de la carotide primitive, en admettant même qu'elle ne soit pas bien dangereuse, ne donne pas de résultat complet. Le mieux est donc d'attendre, d'autant plus qu'ici une amélioration paraît s'être déjà produite, témoin la disparition du bourrelet chémosique que j'ai toujours vu dans les cas de ce genre.

M. Tillaux. Quand j'ai vu le malade de M. Dieu, il y a six mois, j'ai émis un avis semblable à celui de M. Delens; je suis donc heureux de voir mon opinion confirmée. La ligature de la carotide n'est pas une opération insignifiante, et puis, à quoi peut servir, dans un cas d'anévrysme artério-veineux, la ligature de la carotide primitive seule? Je crois donc qu'il faut attendre, ici comme dans d'autres régions; car les anévrysmes artério-veineux de la cuisse, par exemple, peuvent guérir tout seuls ou rester indéfiniment stationnaires, j'en ai montré un cas à la Société de chirurgie.

M. Dieu. Je remercie mes collègues de l'avis qu'ils m'ont donné. Chez mon blessé, le chémosis, qui a disparu aujourd'hui, était énorme au début.

Présentation de malade.

Arthrectomie du genou.

M. Richelot. J'ai l'honneur de vous présenter une malade qui a subi dans mon service, le 8 mars 1891, une *arthrectomie du genou*. L'opération a été faite par M. Morestin, mon interne; la réunion s'est faite par première intention, la malade s'est mise à marcher librement à la fin d'avril, sans protection ni appareil de soutien, et nous a quittés bien portante.

Revue le 24 juin, elle avait le genou mince, indolent, parfaitement ankylosé, et marchait très bien, sans boiter. Vous pouvez constater aujourd'hui l'excellent résultat obtenu.

Il s'agissait d'une tumeur blanche du genou, que j'avais diagnostiquée « synovite fongueuse, sans lésions tuberculeuses des os ». L'opération qui a été faite n'est pas le *curage articulaire* de Volkmann, c'est l'arthrectomie complète, radicale, avec destruction intégrale des fongosités, de la synoviale et des ligaments, telle que je l'ai préconisée à la Société de chirurgie, dans une communication du 26 novembre 1890.

Dans les faits de ce genre, il faut considérer d'une part la guérison de la tuberculose articulaire, d'autre part le résultat fonctionnel.

Sur le premier point, je n'ai rien à ajouter aux arguments que vous connaissez déjà ; on peut toujours prétendre que la guérison n'est pas encore très ancienne. La malade que je vous ai présentée dans la séance du 3 décembre dernier, opérée depuis 3 ans, va toujours dans la perfection, et celle-ci me paraît devoir marcher sur ses traces; voilà tout ce que je puis vous dire.

Sur le second point, permettez-moi les remarques suivantes :

1° Cette opérée n'a pas le membre trop court, d'où il suit qu'elle ne boîte pas. J'ai peine à comprendre qu'un raccourcissement de 7 à 8 centimètres soit un bienfait des dieux; il me semble paradoxal d'affirmer que le raccourcissement soit utile à la marche et constitue un des principaux avantages de la résection.

2° Elle n'a pas le membre trop long, d'où il suit qu'elle ne fauche pas. Vous voyez qu'elle marche droit, sans oscillation du corps; elle marche vite avec aisance. Je ne puis concéder à M. Championnière que mes opérés fauchent. Ils ont un membre de bonne longueur, parce qu'il s'est placé de lui-même dans une très légère flexion. A cela notre collègue a répondu : la flexion est désastreuse. Mais il ne faut pas jouer sur les mots : quand vous regardez la jambe de face, vous voyez qu'elle est droite, il faut la mettre de profil pour apercevoir une très minime inflexion dans l'axe du membre. C'est juste assez pour marcher commodément. Je savais cela du temps de mon internat; je savais que, lorsqu'une tumeur blanche du genou guérit spontanément par ankylose, il faut éviter l'extension absolue. Or, le résultat d'une bonne arthrectomie est identique à celui de la guérison spontanée la plus heureuse. Il ne s'agit pas là d'une flexion angulaire difforme et gênant la fonction; la jambe est droite, en somme, et la plante du pied repose à plat sur le sol.

Ainsi, le membre a sa forme naturelle et la longueur qui convient à un fonctionnement régulier. Permettez-moi d'insister encore : cette opérée n'est pas une « acrobate »; j'appellerais plutôt ainsi les malades qui, ayant du raccourcissement, sont obligés d'incliner leur bassin et de marcher habilement pour le dissimuler en partie. Cette femme ne marche pas habilement avec un membre défectueux; elle marche sans difficulté avec un membre qui est bon.

La Société se forme en comité secret à cinq heures un quart, pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats aux places vacantes de membres correspondants nationaux.

Le Secrétaire annuel,

G. Richelot.

Séance du 22 juillet 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Pozzi s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

A propos du procès-verbal.

Sur la laparotomie dans les plaies du foie.

M. Terrier. J'ai cité dans la dernière séance le travail d'Edler. Il est intitulé : Die traumatischen Verletzungen der parenchymatösen Unterliebsorgane (*Leber, Milz, Pankreas, Nieren*). — I. Die Verletzungen der Leber und Gallenblase (*Arch. f. klin. Chirurgie*, Bd XXIV, 2H., S. 343-409, Berlin, 1886).

Aux renseignements antérieurs à 1886 qui sont contenus dans ce travail, il faut ajouter les indications bibliographiques suivantes, recueillies par mon ancien interne, M. Marcel Baudouin. Plusieurs auteurs ont déjà abordé par la laparotomie les plaies du foie. Dalton : Stabwound of the liver, laparotomy, recovery (*St-Louis Courrier of med.*, 1890, t. III, p. 77) ; échec de suture ; tamponnement iodoformé. Le même auteur a publié une autre observation : Rupture of liver, excessive hemorrhagy, laparotomy, recovery (*Weekly med. Review,* 4 octobre 1890, p. 261). Hess publie un cas où Czerny a tamponné après la laparotomie une rupture du foie (*Arch. f. path. An. und Phys.*, 1890, t. CXXI, p. 154); mort. M. Baudoin cite encore dans le *Progrès médical* des faits de Flamerdingue (*Deutsche med. Woch.*, 1890, p. 867) et de Megevand (*Rev. med. de la Suisse Romande*, 1890, p. 389). Mais dans le cas de Flamerdingue rien ne fut fait à la plaie du foie (balle de

revolver), qui ne saignait pas, et le mémoire de Mégevand se borne à relater des autopsies. Dans le compte rendu de la division chirurgicale de Trieste, par le Dr Escher, pour l'exercice de 1888, on trouve (p. 12) une observation de coup de couteau dans l'abdomen, avec hémorrhagie grave; débridement de la plaie pour aborder largement le foie; suture d'une plaie hépatique longue de 4 centimètres; pour plus de sécurité, mèche iodoformée; guérison.

Rapport.

Sur un cas d'anévrysme artérioso-veineux de la tibiale postérieure guéri par l'extirpation, par M. Eugène Monod.

Rapport par M. Reclus.

Notre ami M. Eugène Monod, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, nous a envoyé une observation d'anévrysme antérioso-veineux de la tibiale postérieure traité et guéri par l'extirpation, et vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur ce fait.

Il s'agit d'un coutelier de 26 ans, qui se blessa le mollet gauche avec une serpette qu'il aiguisait. Une hémorrhagie violente se déclara, qu'on tarit avec une pince à forcipressure et de la compression. Au bout de quinze jours la cicatrisation de la plaie était complète, mais déjà on constatait les signes d'un anévrysme artério-veineux pour lequel, au bout de six semaines, le blessé entrait à l'hôpital. M. Monod essaya pendant onze jours consécutifs de modifier la tumeur par la compression directe et la compression indirecte. Mais l'échec fut complet et il se décida à intervenir chirurgicalement.

Il applique la bande d'Esmarck, qu'il doit retirer, du reste, à cause d'un écoulement veineux abondant qu'elle fournissait, et cherche à lier l'artère au-dessus et au-dessous du sac sans toucher à ce dernier. Mais au cours de cette opération il modifie son plan et se décide pour l'extirpation. Après avoir abordé le sac par en bas, il pose sur l'artère un double fil et coupe le vaisseau, puis libère peu à peu la poche par douce traction et par dissection mousse, liant les vaisseaux au fur et à mesure qu'il les rencontre. Il arrive ainsi jusqu'à l'extrémité supérieure du sac; il lie l'artère et les veines qui l'abordent et l'extirpation est alors terminée. Il lave la plaie, la draine, la suture, et au bout de quinze jours, après une légère suppuration, la guérison était obtenue. Au bout de cinq mois l'opéré est revu et la jambe a repris sa vigueur primitive.

Ajoutons qu'après l'extirpation la tumeur fut examinée; le sac,

du volume d'une amande environ, d'une longueur de 3 centimètres et demi sur 2 centimètres et demi de large, est tangent au paquet vasculo-nerveux; l'artère et les veines satellites sont situées en dehors de lui, c'est une sorte de kyste dont la veine est totalement indépendante, tandis que l'artère et l'une des veines satellites communiquent avec lui par un orifice étroit.

Nous présenterons quelques observations sur cette opération intéressante. D'abord elle a été un peu compliquée par la mauvaise application de la bande d'Esmarck, et certainement, si celle-ci avait été plus régulièrement mise, on n'aurait pas noté cet écoulement sanguin veineux qui a rendu l'extirpation du sac assez délicate.

Un autre fait que nous critiquons est le recours aux méthodes de douceur : pendant onze jours on a soumis le malade à la compression directe et à la compression indirecte. Nous ne voyons pas pourquoi on a eu recours à ces procédés qui nous paraissent vraiment condamnables, non seulement à cause des douleurs qu'ils imposent, mais à cause de leurs dangers; et les relevés de Delbet nous prouvent que la série des accidents qui relèvent d'eux est à cette heure aussi considérable que les accidents qui suivent l'opération sanglante. Or, les procédés indirects, les méthodes dites de douceur, ne guérissent qu'un ou deux des anévrysmes traités. Nous croyons donc qu'une fois pour toutes, on pourrait poser en principe qu'on n'aura plus recours à eux.

M. Monod, dans son idée première, avait pensé à lier l'artère au-dessus et au-dessous de sa communication avec le sac. L'idée était bonne, et nous croyons avoir démontré, dans plusieurs communications, que quand le segment d'artère pris entre les deux ligatures est assez court pour ne recevoir aucune collatérale importante, c'est là la méthode de choix. Mais les observations qui se succèdent prouvent qu'on n'établit plus jamais de ces distinctions dans la pratique, et que la ligature simple, pour laquelle MM. Lucas-Championnière, Brun et moi avons rompu quelques lances ici même, est de plus en plus délaissée. Et si un jour, à la suite d'une discussion qu'un de mes rapports sur un mémoire de M. Brun avait provoquée, la ligature a paru triompher devant vous, ce triomphe a été éphémère; déjà les mémoires de Delbet et les discours de M. Trélat annonçaient l'avènement de l'extirpation qu'on pratique presque exclusivement. Il est certain que cette opération absolument radicale est beaucoup plus facile que nous ne l'imaginions; elle paraît aussi innocente que la ligature; aussi croyons-nous qu'elle sera la méthode de choix, non seulement pour les anévrysmes artérioso-veineux, mais encore pour la plupart des anévrysmes artériels.

Rapport.

Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital de Berck-sur-Mer à partir du 9 février jusqu'au 24 mai 1891, par M. le Dr Calot.

Rapport par M. Terrier.

Tel est le travail qui vous a été adressé par mon ancien interne, M. le Dr Calot, appelé par l'administration de l'Assistance publique à remplacer notre regretté collègue le Dr Cazin.

Avant de pratiquer ces opérations, M. le Dr Calot a dû installer une salle d'opérations à peu près convenable, et la stérilisation des instruments, des compresses et des tampons destinés à éponger les plaies, est faite dans une solution saturée de carbonate de potasse qui bout à 129°.

Les fils de soie et les crins de Florence sont stérilisés dans une solution saturée de sel marin qui peut être porté à 110°.

Comme on va le constater, cette manière de faire lui a donné d'assez beaux résultats.

Soit à l'hôpital de l'assistance, soit à l'hôpital Rothschild, en trois mois et demi, M. le Dr Calot a pratiqué 95 opérations, dont 37 résections, 7 arthrotomies, 11 trépanations osseuses et ablations de séquestres, 9 ostéotomies, 1 amputation de cuisse, 4 ténotomies, 11 grattages pour abcès froids, 3 ablations de ganglions tuberculeux, 1 grattage de synovite fongueuse, 1 ablation d'hygroma tuberculeux prérotulien, enfin 10 opérations diverses : excision de cartilage de conjugaison, autoplasties, amygdalotomies, grattages de lupus, ectropion.

A ces 95 opérations, il faut encore ajouter une opération d'Estlander, pour fistule rebelle suivant un empyème, opération dans laquelle M. Calot dut réséquer les cinquième et sixième côtes droites à leur partie moyenne et gratter la cavité pleurale.

Les résections, qui forment le contingent le plus considérable de ces opérations (soit 37 sur 96), ont porté inégalement sur le membre supérieur (13) et sur le membre inférieur (24).

Signalons : 2 résections de l'épaule, 4 du coude, 2 du poignet, 5 des métacarpiens — la plupart de ces opérations étant atypiques.

Plus 13 résections de la hanche, dont 3 avec résection de la cavité cotyloïde, 7 résections du genou, dont 2 atypiques, et 4 résections atypiques du tarse.

Ces 96 opérations ont donné 3 décès seulement; nous donnons ici avec l'auteur l'histoire abrégée de ces insuccès :

Le premier est une amputation de la cuisse chez une enfant très

affaiblie par une suppuration étendue du genou aux parties voisines. L'opération fut pratiquée alors que la malade avait 41° ; la mort survint quatre heures après, du choc traumatique ; il n'y avait eu que très peu de sang de perdu, car l'opération fut faite au thermocautère.

Les deux autres insuccès sont consécutifs à des résections de la hanche.

Dans le premier cas, l'enfant avait 4 ans et demi ; tout alla bien pendant quarante-huit heures ; mais au troisième jour, accidents broncho-pulmonaires aigus des deux sommets d'abord, puis des poumons en entier, et mort au cinquième jour.

Dans le second cas, les phénomènes morbides n'apparurent qu'au neuvième jour ; pneumonie à droite du côté où, antérieurement à l'opération, on avait constaté de l'infiltration tuberculeuse. La mort survint au treizième jour, et l'autopsie permit de s'assurer des lésions tuberculeuses des poumons.

En fait, dans ces deux cas, on ne peut faire intervenir une faute d'antisepsie ; les accidents sont survenus, on peut dire, à propos de l'intervention, seule chance de salut pour ces enfants épuisés et opérés certes trop tardivement.

En fait, messieurs, agissant fatalement sur un terrain toujours médiocre, comme celui des tuberculeux, M. Calot a obtenu de bons résultats dans la plupart de ses interventions, et cela, selon moi, grâce aux précautions antiseptiques qu'il a su prendre dans ses difficiles opérations.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son mémoire aux archives.

Communication.

Fibromyome utérin sous-muqueux. Avortement vers 5 mois et demi. Ablation par morcellement. Guérison. Seconde grossesse menée à terme.

Par M. HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer), membre correspondant.

Mme B..., 35 ans, bien constituée et sans autres antécédents pathologiques que ceux ayant trait aux règles, me fit appeler le 20 janvier 1890 pour des douleurs intermittentes ressenties dans le ventre.

Les règles, habituellement abondantes, avaient depuis trois ans revêtu le caractère de ménorrhagies, durant trois semaines sur quatre.

Mariée six mois auparavant, elle était devenue enceinte immédiatement.

Lors de mon premier examen, l'utérus dépassait l'ombilic et avait à peu près le volume qu'il acquiert vers le sixième mois de la grossesse. Les douleurs, qui revenaient par crises, se limitaient dans les deux flancs. En effet, en palpant le ventre à un de ces moments-là, on sentait très manifestement des contractions limitées aux deux cornes, le fond de l'utérus paraissant y rester étranger. Ces contractions partielles si nettement symétriques et limitées me frappèrent; je n'en eus l'explication que plus tard. Il n'y avait encore aucune perte et le col n'était que légèrement entr'ouvert.

Le travail était, cependant, évidemment commencé. J'ordonnai le repos absolu au lit avec des quarts de lavements laudanisés. Après un arrêt de trois jours, les douleurs reprirent le 21 janvier avec plus de violence en s'accompagnant de pertes sanguinolentes.

Dans la nuit du 24 au 25, la dilatation était complète. Une volumineuse poche des eaux faisait saillie à chaque contraction, mais le segment inférieur de l'utérus restait piriforme; les parties fœtales étaient très élevées, vaguement accessibles au doigt, rien ne s'engageait; c'était une présentation du tronc.

Ayant donné du chloroforme, j'introduisis la main pour faire la version. Je rencontrai tout d'abord les bras et la partie antérieure du thorax fortement arqué en arrière comme en opisthotonos très accentué. La tête, défléchie, renversée en arrière, était dans la fosse iliaque gauche, la face regardant en bas et en avant; derrière l'enfant, une grosse tumeur appuyait sur ses reins et le forçait à décrire cet arc de cercle postérieur qui m'avait d'abord frappé. Ses pieds se trouvaient dans la fosse iliaque droite; la version fut facile. J'amenai un enfant vivant qui survécut quelques heures.

Ne me fiant pas au cordon mince, peu résistant, et voulant me rendre un compte bien exact de la tumeur constatée, je profitai du sommeil chloroformique pour faire séance tenante la délivrance artificielle.

Le fond de la matrice était occupé presque en entier par une tumeur lisse, dure, du volume du poing, faisant corps avec le fond utérin. Au toucher, la sensation veloutée était la même sur la cavité utérine et sur le fibrome manifestement inclus dans une coque assez épaisse, sur laquelle la muqueuse utérine passait sans interruption. C'était donc un fibro-myome interstitiel sous-muqueux. Le placenta était fixé pour deux tiers environ sur la partie postérieure de l'utérus; l'autre tiers, recourbé, s'insérait sur la muqueuse recouvrant la face inférieure du fibrome.

Peu après la délivrance, l'utérus vidé de son produit se contractait assez énergiquement; le fibrome remplissait la cavité utérine et descendait jusqu'au col, sur lequel il s'appuyait.

L'écoulement sanguin fut modéré et les suites de couche suivirent sans fièvre et sans incident; mais l'utérus restait volumineux, remontant toujours jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic.

Tout alla ainsi pendant huit jours, et je restai dans l'expectative, me proposant, à moins d'avoir la main forcée, de n'enlever le fibrome qu'après la cessation de l'état puerpéral, quand le 3 février la tempé-

rature monta subitement à 38°; il y eut d'assez vives douleurs dans le ventre et, malgré des injections biquotidiennes de bichlorure, les lochies prirent un peu d'odeur. Cet état me fut expliqué par un petit sphacèle de la muqueuse recouvrant le sommet du fibrome, là où il venait la comprimer sur le col incomplètement refermé. De crainte d'accidents septiques, l'opération fut décidée sur-le-champ et pratiquée le 4 au matin.

La malade étant chloroformée, après avoir fait un long et minutieux lavage au bichlorure de la vulve et du vagin, je saisis le col avec une pince de Museux et je l'amenai aussi bas que possible, c'est-à-dire à environ trois centimètres des grandes lèvres; l'orifice était resté effacé, ouvert grand comme une pièce de deux francs. Je le dilatai encore avec les doigts, et quand je pus pénétrer facilement, je saisis le fibrome avec une solide pince à griffes. Comme il a été dit, la muqueuse de la partie appuyant sur le col commençait à se sphacéler; elle fut circonscrite avec le bistouri, puis je refoulai la coque d'enveloppe en énucléant le fibrome, que je dus morceler. Des fragments, variant comme volume d'une grosse châtaigne à un œuf de poule, furent séparés de la tumeur avec les doigts, parfois même avec les ciseaux; cette manœuvre répétée un grand nombre de fois permit d'enlever une grande quantité de morceaux qui réunis avaient au moins le volume d'un poing d'adulte. Je ne m'arrêtai que quand le doigt porté au fond de la plaie crut reconnaître le tissu musculaire utérin. A ce moment, par le palper bimanuel, le doigt n'était séparé du péritoine que par une faible couche de tissus. L'écoulement de sang avait été peu abondant.

Au début, les manœuvres étaient relativement faciles, le col étant effacé et dilaté; mais au cours de l'opération, soit par suite de la traction exercée sur les lèvres par les pinces de Museux, soit par suite de contractions utérines, le col s'allongea et se retrécit au point de rendre assez laborieuse l'introduction simultanée du doigt et des pinces.

Après un grand lavage au Van Swieten dédoublé, une mèche de gaze imbibée de naphtol camphré fut mise dans l'utérus. Le vagin fut rempli d'un tampon de salol, et la vulve recouverte d'ouate hydrophile doublée d'un makintosh.

Les suites furent simples, aucune douleur, et la température ne dépassa pas 37°. L'involution se fit rapidement, au point que le troisième jour l'utérus commençait déjà à s'enfoncer derrière le pubis. Le 12 février, l'écoulement des lochies étant presque terminé, la malade se levait, et au bout de peu de temps, elle reprenait sa vie habituelle.

Depuis, les règles sont revenues plusieurs fois à des intervalles réguliers et en quantité normale jusqu'à la fin de juin 1890. A cette date commença une nouvelle grossesse. L'accouchement fut normal et l'examen que je fis me permit de constater qu'il ne restait aucune trace de l'ancienne maladie.

Remarque. — Sans vouloir entrer dans des considérations qui m'entraîneraient trop loin, qu'il me soit permis de signaler brièvement quelques points.

D'après les commémoratifs, ce fibrome existait depuis longtemps; sous l'influence de la grossesse il s'est accru rapidement, il a fait saillie dans la cavité utérine, et grâce à la position qu'il occupait, en poussant le fœtus sur le col, il a déterminé l'accouchement prématuré. Ces choses sont connues. Je n'en veux retenir que la manière remarquable dont s'est accompli le travail. A chaque douleur, les deux cornes utérines se contractaient, se durcissaient, le fond occupé par le fibrome restait inerte, comme étranger à ce qui se passait autour de lui. Sans prétendre donner l'explication de ce phénomène, ne serait-il pas permis de penser que les fibres musculaires du fond de l'utérus, dissociées par la tumeur, étaient inaptes à remplir leur fonction, et que la faible couche qui restait, entre le fond du fibrome et le péritoine, était impuissante à remplir son effet utile ou tout au moins appréciable? Quoi, qu'il en soit, j'ai constaté le fait d'une façon très nette et il m'a paru utile de le noter.

La date de mon intervention peut être critiquée. Certes, si le fibrome ne m'avait fait des avances, s'il ne m'avait pour ainsi dire forcé la main par la crainte d'accidents septiques imminents, j'aurais préféré attendre que la malade fût remise des suites de couches pour ne pas troubler l'état puerpéral qu'on nous avait appris jadis à respecter. Je me suis cependant décidé volontiers, sachant quelle sauvegarde précieuse nous donne l'antisepsie. A la vérité, l'état puerpéral rend l'antisepsie plus difficile, mais c'est une question de soins, et il n'a rien en lui-même qui doive arrêter le chirurgien.

Communication.

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau. Laparotomie exploratrice. Guérison rapide,

Par M. Terrier.

Messieurs, je crois devoir vous communiquer ce nouveau fait de laparotomie exploratrice, qui démontre encore une fois l'innocuité de la laparotomie pratiquée d'après les règles de l'asepsie la plus rigoureuse, alors que l'on est en présence d'une plaie pénétrante de la cavité abdominale, plaie facile à reconnaître par l'exploration directe avec un stylet ou une sonde cannelée stérilisée.

Voici ce fait :

Il s'agit d'un Italien, âgé de 38 ans, journalier, qui entra le 25 mai 1891 dans mon service de l'hôpital Bichat.

Le 25 mai à 4 heures du matin, le malade recoit un coup de couteau dans l'hypochondre gauche. Hémorrhagie externe nulle. La plaie, de 2 centimètres d'étendue, siège à peu près sur la ligne mamelonnaire, à 2 travers de doigt au-dessous des fausses côtes gauches et à 11 centimètres en haut et en dehors de l'ombilic.

Elle est désinfectée et pansée par l'interne de garde, M. Faure-Miller.

A la visite, le 25 au matin, M. Terrier examine le malade et introduit dans la plaie un stylet qui s'engage de toute sa longueur dans la cavité abdominale en suivant un trajet oblique en bas et en arrière; la plaie est donc pénétrante. Il n'y a pas de signe d'hémorrhagie interne, pas de péritonisme, pas de symptômes de lésions viscérales, sauf un léger ballonnement. Néanmoins on fait une laparotomie immédiate pour examiner les viscères et les suturer en cas de plaie.

Opération à 10 heures du matin par M. Terrier, aidé par M. A. Broca. — Chloroforme par M. Aldibert. Laparotomie médiane et sous-ombilicale (la direction du coup de couteau étant oblique en bas). Une partie de l'intestin grêle est dévidée et rentrée au fur et à mesure. On n'y constate que la présence d'ascarides en plusieurs points. On examine l'S iliaque, le côlon transverse, l'estomac. On ne trouve aucune lésion viscérale, aucune section artérielle; il n'y a point de sang dans le ventre. La plaie interne, où s'engageait un peu d'épiploon et qui admet l'extrémité de l'index, est touchée au sublimé à 1/1000e. Suture à 3 étages de la paroi abdominale; un point de suture est placé sur la plaie accidentelle. Durée 40 minutes.

Suites opératoires sans acccident; le malade n'a jamais eu plus de 37°,2. Aucune réaction péritonéale.

On enlève les fils profonds le 7e jour et les fils superficiels le 11e jour. Réunion par première intention. Le malade se lève le 11 juin et sort le 14 juin complètement guéri, soit vingt jours après avoir été blessé et opéré.

Comme on le voit, en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen, sans autre symptôme qu'un très léger ballonnement du ventre, j'ai cru devoir mettre en pratique l'opinion que j'ai soutenue déjà dans cette enceinte, à savoir, faire la laparotomie exploratrice.

Celle-ci, dans l'espèce, ne nous dévoila rien d'anormal; toutefois elle me permit d'explorer l'ouverture intrapéritonéale de la plaie, d'en retirer l'épiploon et de la désinfecter autant que possible avec une solution de sublimé au 1/1000e. J'aurais pu même y pratiquer un point de suture, ce qui eût été mieux.

Toujours est-il que, malgré un examen attentif des intestins et de l'estomac, la laparotomie guérit fort vite et sans l'ombre d'incident, ce qui n'a pas lieu de nous étonner, alors que toutes les précautions d'asepsie ont été prises pour intervenir.

Discussion.

M. Marc Sée. Je suis heureux de constater combien s'est généralisée la pratique que le premier, en France du moins, j'ai recommandée et qui consiste à explorer constamment avec un stylet les plaies supposées pénétrantes de l'abdomen, et cela contrairement à l'usage classique. On voit combien ce précepte est entré aujourd'hui dans les esprits! Dorénavant personne n'hésitera plus, je pense, à le suivre; car il est très important d'explorer complètement ces plaies pour arriver à un diagnostic certain.

M. Quénu. Je ne veux qu'ajouter un fait à celui de M. Terrier, bien qu'il soit fort incomplet dans mes souvenirs. J'ai fait une opération analogue à la sienne en 1881 : il s'agissait d'un boucher qui avait reçu un coup de couteau dans le côté droit; j'agrandis la plaie, et je vis que le sang venait de la paroi postérieure de l'abdomen par une plaie du muscle iliaque; je fis l'hémostase en liant le point qui saignait, et le malade guérit. Je signale seulement cette observation pour faire nombre à côté de celle de M. Terrier.

M. Terrier. Je répondrai à M. Sée que j'ignorais la priorité qu'il vient de s'attribuer. Ce que je puis affirmer, c'est qu'étant interne de Chassaignac en 1863, j'ai vu plusieurs fois mon chef de service explorer les plaies pénétrantes, à une époque où cette manœuvre passait pour absolument contre-indiquée. Il avait un procédé qui lui permettait d'agir ainsi et de n'avoir pas d'accidents : il commençait toujours par faire agir sur les plaies un agent qui, en somme, est un antiseptique, le nitrate d'argent. Il introduisait dans la plaie de petits tampons imbibés de nitrate, et il y trempait également son stylet avant d'explorer.

Aujourd'hui la question est absolument jugée: du moment qu'on se sert d'un instrument ou d'un doigt stérilisé, l'exploration est permise.

A M. Quénu, je dirai que son observation vient à l'appui de la mienne, et cela d'autant plus que la plaie profonde qu'il a rencontrée rendait l'intervention absolument urgente.

En résumé, la conduite du chirurgien est, selon moi, toute tracée : en présence d'une plaie pénétrante, il faut aller voir ce qui se passe dans l'abdomen sans attendre l'évolution des accidents.

Présentation de pièce.

Rein mobile, néphrorrhaphie.
Pyonéphrose intermittente, néphrectomie,

Par M. Quénu.

Voici les pièces d'un rein que j'ai enlevé ce matin chez une jeune femme de 25 ans, atteinte de pyonéphrose intermittente. Cette femme, accouchée il y a un an, devint, peu de temps après son accouchement, sujette à des crises douloureuses ayant leur point de départ dans la région lombaire droite. Ces crises étaient caractérisées par des douleurs violentes avec irradiation dans l'aine, des vomissements verts et une élévation de température.

Sa profession d'infirmière la mit en rapport avec divers médecins qui posèrent divers diagnostics. M. Rigal, entre autres, pensa à un rein mobile. Le 26 janvier j'examine la malade pour la première fois, et je trouve, en effet, les signes physiques d'un rein mobile. Nous observons la malade du 26 janvier au commencement d'avril. Les crises sont très violentes, durent deux à trois jours et reviennent de une à trois fois par mois. Pendant la durée de la crise, il y a des besoins fréquents d'uriner et une certaine diminution dans la quantité des urines. Examinées à plusieurs reprises, celles-ci ne contiennent ni pus ni albumine. Le 7 avril, je me décide à fixer le rein. L'opération est simplement faite et les suites sont normales.

Pendant un mois, aucune crise. Le 10 mai, nouvelle crise douloureuse; les urines renferment du pus en assez grande quantité. En mai, juin et juillet les urines sont recueillies chaque jour : il y a de la polyurie constante, le pus existe d'une façon intermittente. Nous administrons sans résultat du salol et du borax à l'intérieur. A la fin de juillet, voyant la malade dépérir et en proie à des souffrances répétées, nous pratiquons la néphrectomie lombaire. L'opération a été facile. Le rein était admirablement fixé et faisait corps avec la paroi abdominale. Nous avons retrouvé deux de nos fils de soie intacts, l'uretère a été isolé et fixé à l'angle supérieur de la plaie, le pédicule vasculaire lié par deux ligatures en chaîne à la soie.

Sur ces pièces que je présente, on constate une altération profonde du parenchyme rénal; le rein est bosselé, sa surface est rouge, congestionnée ; sur la coupe, la substance corticale est particulièrement altérée, elle est çà et là d'une coloration jaunâtre et réduite ailleurs à un mince liséré; le bassinet et l'uretère notablement dilatés renfermaient un liquide purulent. Nous avons recherché

si l'uretère ne présentait pas cette disposition coudée en S qu'on a considérée [1] comme la cause déterminante de la rétention périodique d'urine, d'hydronéphroses intermittentes. On sait, en effet, que chez un certain nombre de sujets atteints de reins mobiles douloureux, on a constaté une coudure de l'uretère capable de mettre obstacle à l'écoulement de l'urine, et on a expliqué par l'hydronéphrose qui en résulte, les douleurs et leur périodicité. A un premier examen nous avions cru que cette coudure de l'uretère manquait, tout au moins dans la portion extirpée, car on conçoit très bien que, le rein s'abaissant, l'uretère et le bassinet puissent suivre, dans une certaine limite, et que le sommet de la coudure puisse siéger plus ou moins bas. Cependant, M. Baudouin ayant disséqué attentivement la pièce, a nettement trouvé un coude siégeant à l'extrémité supérieur du conduit et maintenu par de fins tractus fibreux. Ajoutons, cependant, que l'uretère est dilaté au-dessous de ce point, comme s'il existait un autre obstacle plus bas [2].

Discussion.

M. Bazy. Y avait-il de l'hydronéphrose intermittente? Le rein était-il déjà altéré lors de la première intervention?

M. Quénu. Je n'ai pu constater d'hydronéphrose; elle n'était pas, sans doute, assez considérable pour attirer l'attention. Ce que j'ai vu, c'est de la pyonéphrose intermittente.

Quant à savoir si le rein était déjà malade le jour où je l'ai fixé, c'était impossible, car je n'ai vu alors qu'une faible quantité de son tissu.

M. Terrier. Il peut être fort difficile, en effet, au cours d'une néphrorrhaphie, de voir exactement l'état du rein. Un jour, en plaçant mes fils, j'aperçus un gros kyste que je ne soupçonnais pas à la partie inférieure du rein, et je dus faire la néphrectomie.

Or, les faits semblables doivent être assez fréquents, car souvent le rein est mobile justement parce qu'il porte une lésion. Il est probable que les reins déplacés sont souvent des reins malades. J'ai en ce moment, dans mon service, une malade chez laquelle un de nos collègues n'a pu faire la néphrorrhaphie, le rein ayant disparu au moment où le chirurgien allait le fixer; je crois que cet organe est malade.

[1] MM. Terrier et Baudouin ont un travail en préparation sur ce sujet.

[2] L'opération a été pratiquée le 22 juillet. Le 23, élévation de température à 39°, signes d'insuffisance rénale, albuminurie. Le lendemain la température tombe définitivement, l'albumine diminue (0gr,40 par litre), disparaît le 27. Le 31, plaie cicatrisée.

M. Bazy. Je remarque que la surface du rein présenté par M. Quénu est bosselée. Or, j'ai toujours vu, dans la néphrectomie, qu'on peut constater si la substance du rein est lisse ou inégale, et qu'on peut se guider sur une bosselure pour tomber sur un foyer morbide.

M. Quénu. Une certaine inégalité de la surface n'est pas une preuve de lésion. De plus, le rein ne se montre pas toujours de la même façon dans la néphrorrhaphie. Dans mon cas, la partie saillante m'a paru saine. D'ailleurs, si je l'avais trouvée quelque peu anormale, aurais-je fait d'emblée la néphrectomie ? Non certainement, car la fixation pouvait le guérir, en corrigeant, par exemple, la courbure en *S* italique dont j'ai parlé.

Élections.

Membres correspondants nationaux (4 places).

Ont obtenu :

MM. Schmit	22	voix.
Boursier	21	—
Monod (Eugène)	20	—
Boiffin	16	—
De Larabrie	14	—
Cerné, Chrétien, Demmler, Gellé, Eustache, Gripat, Guelliot, Jeannel, Lamarre, Largeau, Leriche, chacun	1	—

En conséquence, MM. Schmit, Boursier, Monod (Eugène) et Boiffin sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société de chirurgie.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

G. Richelot.

Séance du 29 juillet 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° MM. Horteloup et L. Championnière s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;

3° MM. Boiffin, Boursier, Monod et Schmit remercient la Société de les avoir nommés membres correspondants nationaux;

4° *Traitement de l'ongle incarné par les applications de la poudre d'indigo,* par M. Chassinat (d'Hyères), (M. Th. Anger, rapporteur;

5° *Rapport annuel de géologie et d'histoire naturelle du Canada*, nouv. série, t. III, 1887-1888. Ottawa, 1889.

A propos du procès-verbal.

Plaies pénétrantes de l'abdomen traitées par l'abstention,

Par M. Paul Reclus.

Je n'ai pas pris la parole dans la dernière séance, parce que je n'avais pas assez présents à la mémoire les détails des observations que j'ai recueillies depuis notre dernière discussion sur les plaies pénétrantes de l'abdomen. Elles sont au nombre de trois et proviennent toutes du service de M. Verneuil. Dans l'une, la plaie a été faite par une balle de revolver; je n'en parlerai pas, pour ne m'occuper que des plaies par instruments tranchants, les seules dont il ait été question dans la séance de mercredi.

La première observation a trait à un lutteur de 25 ans qui reçut à minuit et demi un coup de couteau porté dans le ventre à mi-

chemin de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Il continue à marcher, mais une douleur très vive, puis des évanouissements, le forcent à s'arrêter, et on l'apporte à l'Hôtel-Dieu, où à dix heures du matin on constate une plaie de 2 centimètres qui ne saigne pas, mais qui pénètre dans l'abdomen à n'en pas douter, puisqu'elle livre passage à une frange épiploïque. On lie au fil de soie, on excise cette frange, on en réduit le moignon désinfecté et l'on referme la plaie par deux points de suture. En dehors d'une rétention d'urine, qui a duré vingt-quatre heures, la guérison a été obtenue sans incident.

Dans le second cas il s'agit d'un couvreur de 35 ans qui fut blessé à une heure du matin dans la rue des Écoles; il reçut dans le flanc gauche, au niveau du tiers extérieur du huitième espace intercostal, un coup de couteau qui fit une plaie large de 3 centimètres. Cette plaie était évidemment pénétrante, puisque, comme dans le cas précédent, l'épiploon faisait hernie. Le traitement fut le même que dans notre première observation: ligature et excision de la frange, désinfection et réduction du moignon, sous le couvert, d'ailleurs, de la médication classique: enveloppement compressif du ventre, injection de morphine, extrait thébaïque et diète absolue. La guérison fut obtenue comme dans le premier cas.

Voici mes deux faits tout unis et tout simples. On sait, d'ailleurs, qu'ils sont loin d'être rares, et il est très fréquent de voir évoluer sans accident les plaies pénétrantes de l'abdomen par coups de couteau. J'ai recueilli avec M. Noguès 45 cas de blessures par instruments tranchants traités par l'expectation, et nous trouvons 40 guérisons et 5 morts. Parmi les observations il en est une qui est vraiment remarquable et que M. Terrier aurait pu nous citer, car elle a été vue par lui et par Jalaguier. Il s'agit d'un individu qui reçut, comme Jean Hiroux, une trentaine de coups de couteau dans le ventre; à vingt des blessures on voyait l'épiploon faire hernie. Le blessé a survécu.

Discussion.

M. Routier. J'ai été appelé un jour dans le service de M. Berger pour un homme qui, après avoir tué sa femme, s'était fait avec un couteau une plaie pénétrante de l'abdomen. Une frange épiploïque qui sortait avait été réduite par l'interne de garde. Je fus d'abord très indécis, puis, voyant que par la pression je faisais sortir un peu de sang, je me décidai à faire une laparotomie exploratrice. Bien que la plaie cutanée fût très étroite, je trouvai le péritoine ouvert sur une étendue de 10 à 12 centimètres; plusieurs artères du muscle droit étaient blessées, un énorme caillot occupait l'épaisseur de la paroi abdominale, et j'en trouvai un autre dans l'abdo-

men qui avait au moins le volume d'une tête de fœtus à terme. Je suturai la plaie après avoir enlevé les caillots, et le malade guérit. Je crois que dans ce cas le blessé a été sauvé par l'intervention; si je n'avais pas ouvert le ventre, il aurait sans doute succombé à l'hémorrhagie.

M. Terrier. Messieurs, je m'empresse d'ajouter aux réflexions que je vous ai faites dans la dernière séance, celles que peut suggérer l'histoire de deux autres malades soignés dans mon service, histoire dont voici l'abrégé :

I. La première de ces observations est due à mon interne regretté M. Louis.

Un ouvrier emballeur, âgé de 25 ans, entre à onze heures et demie du soir, le 5 mars 1890, dans mon service de l'hôpital Bichat. Cet homme porte sur la paroi abdominale gauche, à un travers de doigt au-dessus d'une ligne qui réunirait les deux épines iliaques antéro-supérieures, à 6 ou 7 centimètres de l'ombilic, une plaie horizontale longue de 2 centimètres; les bords de cette plaie sont saillants et soulevés par un caillot. Il dit avoir reçu là un coup de couteau.

La plaie nettoyée avec une solution antiseptique (liqueur de Van Swieten), présente en son milieu un lobule graisseux, qui n'est autre chose qu'une hernie du grand épiploon.

L'interne de garde fait endormir le blessé par un de ses collègues, avec toutes les précautions antiseptiques agrandit un peu la plaie abdominale, attire au dehors la partie d'épiploon qui fait hernie et la résèque après avoir placé une ligature sur la portion saine attirée au dehors. Introduisant alors son doigt dans l'abdomen, il ne sentit rien d'anormal (*sic*) : pas de sang épanché, pas de matières intestinales. Une éponge montée sur une pince à pression, introduite par la plaie jusque vers la fosse iliaque, ne ramène aucune trace de sang ou de matières de l'intestin, et ressort intacte.

On fait la suture du péritoine et celle des téguments, un drain est placé dans la plaie, pansement iodoformé.

Le lendemain matin, à la visite, le blessé semble bien aller : pouls 100, température 37°,6, ventre à peine douloureux; toutefois le facies est un peu tiré.

Dans la journée les phénomènes péritonitiques s'accentuent et le blessé meurt le 7 mars à six heures du matin.

L'autopsie médico-légale fut faite par le Dr Socquet le dimanche 9 mars. L'abdomen ouvert, il n'y a pas de traces d'inflammation ni de pus au niveau de la suture épiploïque; la suture est parfaite. Les anses intestinales grêles situées dans la fosse iliaque gauche sont congestionnées et agglutinées par des adhérences de formation récente; pas d'épanchement de matières intestinales dans le péritoine. En incisant l'intestin grêle après l'avoir séparé du mésentère, et après l'avoir étiré et étalé sur une plaque de verre, on trouve sur une des anses situées

dans la fosse iliaque une perforation. Cette lésion est rectiligne, elle a à peine 1 millimètre de large et 7 à 8 millimètres de long.

Congestion pulmonaire intense; cœur normal; reins, foie, rate, cerveau intacts.

On voit donc qu'après une intervention incomplète et insuffisante, car elle ne pouvait permettre de reconnaître la petite lésion de l'intestin, et malgré l'existence d'une très petite lésion, le blessé a rapidement succombé à la péritonite septique due à la lésion de l'intestin grêle. Il me paraît donc inexact d'affirmer que les plaies par instruments tranchants ne présentent qu'une gravité relative; dès que l'intestin est lésé, elles me semblent aussi sérieuses que les plaies par armes à feu, malgré le classique bouchon muqueux dont on ne parle presque plus.

II. — La deuxième observation que j'ai à vous communiquer, appartient à mon élève et assistant M. le Dr Hartman, prosecteur de la Faculté, elle a été recueillie aussi dans mon service :

Le 9 mars 1891, à trois heures du soir, entrait à l'hôpital Bichat, dans le service de M. F. Terrier, une femme âgée de 62 ans qui, le matin même, vers neuf heures et demie, avait tenté de se suicider en se donnant un coup de couteau de cuisine dans le bas-ventre.

M. Aldibert, interne du service, portant le diagnostic de plaie pénétrante, nous faisait immédiatement chercher en nous envoyant, au sujet de la malade, les quelques renseignements suivants :

« L'orifice d'entrée est sur la ligne médiane, à trois travers de doigt au-dessus du pubis; la plaie se dirige très obliquement à gauche et en haut; en soulevant une de ses lèvres on aperçoit très nettement la face profonde du muscle droit. Ce trajet paraît assez long et je crois la plaie pénétrante.

« La malade a eu, dans la matinée, deux vomissements à une demi-heure d'intervalle; puis elle a uriné normalement.

« Actuellement le pouls est à 104, *très irrégulier* comme fréquence et comme force; le facies est coloré, l'haleine très fétide. La partie inférieure du ventre est ballonnée et l'on constate une douleur vive à la palpation du côté de la fosse iliaque gauche. »

A quatre heures et demie, nous arrivons à l'hôpital, endormons la malade et pratiquons immédiatement la laparatomie avec l'aide de M. Aldibert. La plaie déchiquetée, mesurant environ 3 centimètres, est remplie par un caillot noirâtre; le doigt s'y engage suivant une direction oblique en haut et à gauche et pénètre dans l'abdomen.

Nous agrandissons la plaie en incisant la peau au-dessus d'elle et sur la ligne médiane. Relevant le lambeau cutané gauche, nous voyons que le trajet s'enfonce à travers les fibres du grand droit du côté gauche, et que dans la boutonnière musculaire s'engage, faisant hernie sous la peau, une masse épiploïque ecchymotique du volume d'un demi-œuf de poule. Après avoir agrandi la plaie musculaire et séreuse

d'un coup de ciseaux, nous réséquons l'épiploon au-dessus d'une double ligature ; puis ayant constaté par un examen direct minutieux l'intégrité des anses intestinales sous-jacentes, nous réduisons le moignon épiploïque.

Les bords de la plaie péritonéale étant mâchés et probablement infectés, nous attirons avec des pinces les deux lèvres de sa section de manière à faire la suture séreuse en accolant des parties certainement saines, puis réséquons la portion de séreuse sus-jacente à la suture. Nous ébarbons de même les portions de muscle déchiqueté et faisons la suture des muscles et de l'aponévrose avec un nouveau plan de fils de soie. Après régularisation avec les ciseaux des lèvres cutanées, nous faisons la suture de la peau au crin de Florence, laissant par précaution un petit drain dans l'épaisseur de la paroi. Pansement iodoformé.

L'opération, y compris l'anesthésie et le pansement, a duré quarante minutes.

Le lendemain matin, le pouls est régulier et à 82, la température est normale, pas de vomissement nouveau, la blessée se trouve très bien.

En résumé, les suites opératoires furent des plus simples, sauf un peu de suppuration sur le trajet du drain sous-cutané, qui fut retiré le douzième jour.

Le vingt-unième jour (30 mars) l'opérée quitte l'hôpital parfaitement guérie et sans aucune éventration.

Dans ce second cas, en tout comparable au premier, au moins quant à la lésion appréciable extérieurement, l'intervention fut rationnelle, c'est-à-dire qu'on ouvrit largement l'abdomen, de façon non seulement à traiter la hernie de l'épiploon mais aussi à s'assurer de l'intégrité des anses intestinales sous-jacentes. Heureusement celles-ci étaient saines, mais on comprend la valeur de cette ouverture au cas où on aurait trouvé une lésion intestinale qui aurait pu être réparée aussitôt que possible.

Messieurs, je m'abstiens de tout autre commentaire sur ces deux observations, ils me paraissent démontrer une fois de plus le peu de valeur des interventions incomplètes et *a fortiori* des médications internes encore préconisées par M. P. Reclus ; et au contraire l'importance extrême d'une intervention hâtive et immédiate dès que la pénétration de la plaie abdominale est démontrée.

M. Jalaguier. Je viens appuyer les conclusions de M. Terrier. Les plaies pénétrantes par coups de couteau peuvent être aussi graves que les plaies par balle de revolver. J'ai vu dans le service de M. Berger, quatre heures après l'accident, un blessé qui n'avait aucun symptôme, et dont la température ne dépassait pas 37°. Pensant à une plaie pénétrante, je fis la laparotomie. Sous la paroi abdominale, je trouvai un gros hématôme, et plus profon-

dément une plaie du cœcum de 2 1/2 à 3 centimètres ; il y avait déjà de la péritonite autour de cette plaie, que je fermai par une suture. L'opéré succomba au bout de quarante-huit heures, et à l'autopsie je trouvai que ma suture avait bien tenu, mais la cavité du gros intestin était remplie par un énorme épanchement sanguin, venant d'une plaie de la partie postérieure du cœcum qui m'avait échappé.

J'estime que, dans l'immense majorité des cas, il faut intervenir ; car une péritonite déjà en pleine évolution peut ne se manifester par aucun symptôme.

M. Reclus. J'accorde que certaines plaies par coups de couteau peuvent se trouver aussi graves que les plaies par balles de revolver ; il n'en est pas moins vrai qu'en général elles sont plus bénignes, et cela est admis par tout le monde.

Maintenant, je me demande si le second blessé de M. Terrier, celui qui a guéri à la suite d'une intervention complète, n'aurait pas guéri tout aussi bien sans intervention. La guérison peut survenir après une perforation de l'intestin, parce que celle-ci est oblitérée par un bouchon muqueux ou par des adhérences ; elle peut survenir même après effusion des matières autour de la solution de continuité, de nombreux exemples le démontrent. Voilà pourquoi je m'abstiens toujours, dans les cas où il n'y a pas de symptômes.

D'autre part, la laparotomie donne encore de mauvais résultats, même dans les plaies par coup de couteau ; la proportion est de 50 0/0. Je persiste donc à considérer la laparotomie, qui est en pareil cas une opération laborieuse et entraînant des recherches prolongées dans l'abdomen, comme un facteur qu'on ne peut négliger dans l'étude du pronostic ; et à penser qu'en présence des cas sans symptômes il vaut mieux s'abstenir. Quelques malades mourront, c'est possible ; mais plus encore devront leur salut à l'abstention.

Communication.

De l'influence curative de certaines laparotomies exploratrices,

Par M. L.-G. Richelot.

En vous parlant des résultats *curatifs* de la laparotomie exploratrice, je ne veux pas faire allusion à ces simulacres d'opération qui guérissent parfois, comme par enchantement, les phénomènes douloureux chez les femmes nerveuses, voire même chez quelques

hommes. Les observations que je vous présente ont trait à des lésions matérielles bien déterminées, anciennes et graves, qui ont été *réellement* guéries par une incision abdominale, à la suite de laquelle rien n'a été fait dans le ventre, ni évacuation, ni extirpation d'organes.

Le triomphe de la « laparotomie exploratrice curative », comme on pourrait l'appeler, c'est la péritonite tuberculeuse. Mais c'est là une question à part, que vous connaissez bien, que nous avons déjà discutée ici même, et sur laquelle j'ai, moi aussi, des faits très intéressants, mais rien de nouveau à vous dire.

Mon but est d'ajouter à l'étude des laparotomies *frustes*, pour ainsi dire, et de leurs effets salutaires, l'exposé de quelques faits relatifs aux affections des annexes de l'utérus.

Ce n'est pas seulement en présence de la tuberculose qu'il m'est arrivé de refermer le ventre en y laissant des lésions que je ne pouvais attaquer; c'est aussi en présence d'ovaro-salpingites et d'adhérences inflammatoires banales, mais dont la destruction m'aurait exposé à de graves périls. Je ne parle pas ici des suppurations pelviennes compliquées, dans lesquelles la laparotomie peut nous mener sur de dangereux écueils, mais où l'évacuation du pus, comme de juste, est la seule manière de guérir ou d'améliorer sérieusement; je parle de ces *processus fibreux* étendus à tout le petit bassin, autour de grosses trompes parenchymateuses, qu'il est très difficile de sculpter et d'enlever complètement sans risquer des ruptures vasculaires ou des déchirures intestinales. Sans doute, on vient à bout de cas assez graves et d'opérations laborieuses; mais il m'est arrivé aussi de persister, en face de certaines duretés ligneuses, et de voir, même sans perforations ni hémorrhagies, la malade succomber au collapsus. Il y a là une question de tact et d'expérience qu'il est bien difficile de formuler; je me borne donc à vous dire qu'il faut savoir s'arrêter à l'occasion. Or j'ai vu plusieurs fois, dans ces conditions, la laparotomie restée exploratrice produire des résultats merveilleux auxquels j'étais loin de m'attendre.

Le cas le plus étonnant est celui-ci. J'examine, le 15 janvier 1890, à l'hôpital Tenon, une femme de 40 ans qui, depuis six ans, a traversé toutes les phases de la métrite compliquée de lésions des annexes, métrorrhagies, douleurs, pelvi-péritonite à répétitions, dont je me dispense de vous retracer le tableau. Elle ne présente aucun signe de tuberculose, mais elle est pâle, émaciée, faible au point de ne plus quitter son lit; elle souffre continuellement, elle crie toute la nuit et empêche ses voisines de dormir. La température oscille de 38 à 39°,5; il y a un peu d'albumine dans l'urine. Très vive sensibilité à la palpation, au toucher vaginal;

empâtement douloureux des culs-de-sac; la malade est si maigre qu'il est très facile d'explorer la cavité pelvienne, et de trouver l'utérus immobile, enclavé au milieu d'une masse qui remplit le petit bassin et présente une dureté ligneuse. Impossible de rien distinguer dans cette masse, ni poche fluctuante ni forme organique déterminée.

En présence de telles lésions, une intervention radicale me parut impossible, car la malade n'avait plus que le souffle. Or, elle me suppliait d'intervenir; un refus catégorique l'eût désespérée en lui montrant ce que je pensais de l'avenir. Je résolus donc de faire un semblant d'intervention, c'est-à-dire une courte incision exploratrice, pour glisser un doigt, constater le magma d'adhérences et fermer bien vite la plaie. C'était, littéralement, lui donner l'illusion d'être opérée.

Cela fut fait le 6 février. Ouverture de 3 centimètres; introduction de l'index, qui arrive sur une masse fibreuse où ne se reconnaissent plus ni l'utérus ni les annexes; aucun liquide n'est évacué, l'exploration dure une minute et la plaie est suturée; dix minutes d'opération en tout.

Chose curieuse, la fièvre tombe et ne se reproduit plus. La douleur cesse absolument, la malade est tranquille et reposée; au bout de quelques jours, un nouvel examen ne décèle aucune trace d'albumine; l'appétit renaît, la bonne mine et les forces reviennent. Elle nous quitte au bout d'un mois, complètement transformée. Je la revois six mois plus tard : tout est souple dans la cavité pelvienne, elle travaille courageusement et ne souffre plus. Enfin, comme elle habite aux environs de l'hôpital, j'ai des nouvelles récentes, qui sont toujours aussi bonnes.

J'avoue ne pas bien comprendre cette amélioration subite de lésions positives et anciennes après un simulacre d'opération. Et cependant le fait n'est pas isolé. J'ai obtenu un effet analogue, mais moins radical, en décembre 1890, chez une fille de 20 ans, très malade, qui avait une rétroflexion douloureuse absolument immobile, et des adhérences telles du corps utérin et des annexes, que je renonçai à les rompre et laissai tout en place. Elle quitta l'hôpital n'ayant plus aucune douleur; puis elle revint, un mois plus tard, avec des pertes blanches, pour lesquelles je fis un curage. Mais, avant même que cette opération l'eût débarrassée de son catarrhe, elle était à peu près guérie et travaillait sans se plaindre.

Une femme de 35 ans, dont les accès douloureux duraient depuis quatre ans et étaient devenus très intenses depuis neuf mois, fut opérée le 6 avril 1891. Ayant traversé une paroi chargée de graisse, je trouvai dans le petit bassin un magma d'adhérences inextricables, au milieu desquelles je parvins à énucléer péniblement un cylindre

membraneux que je pris d'abord pour la trompe ; c'était la fin de l'intestin grêle, que je réintégrai bien vite à sa place, heureux de ne pas l'avoir déchirée, mais inquiet de l'avoir isolée, dépouillée de son mésentère, privée de ses vaisseaux, et craignant un peu le sphacèle de la paroi intestinale. Je renonçai alors à me débrouiller au milieu de ce processus fibreux, et je terminai l'opération. Or cette femme nous quitta le 26 avril, ne souffrant plus du tout; elle revint nous voir le 6 mai, bien portante, et je pus m'assurer que le toucher n'était plus douloureux et que les organes du petit bassin avaient repris en grande partie leur souplesse; je l'ai revue encore depuis cette époque, toujours guérie et ne se plaignant de rien. Comment expliquer cette influence heureuse d'une opération dans laquelle je n'ai rien fait de ce que je voulais, mais où j'ai malmené une anse intestinale? Je ne puis cependant pas comparer cette manipulation involontaire à un traitement des adhérences par le massage.

Je pourrais vous citer encore une femme de 38 ans, opérée le 12 mai dernier, et qui me paraît d'ores et déjà guérie par une laparotomie exploratrice. Elle avait des douleurs vives et une leucorrhée très abondante; j'ai reculé devant des adhérences totales, confondant l'utérus et les annexes, et maintenant elle n'a plus ni douleurs ni pertes blanches, le toucher ne donne plus du tout les mêmes sensations, et le succès thérapeutique n'est pas douteux.

Il m'a paru intéressant d'attirer votre attention sur ces faits paradoxaux, dont plusieurs d'entre vous peuvent, sans doute, nous citer d'autres exemples.

Discussion.

M. Pozzi. J'ai vu des faits analogues à ceux que vient de signaler M. Richelot. Il semble que l'ouverture du péritoine exerce comme une révulsion sur des lésions même très anciennes, ou provoque une sorte d'irritation substitutive qui les modifie profondément et les fait disparaître.

Il ne faudrait pas tirer de ces faits des conclusions excessives, et ouvrir de parti pris l'abdomen dans tous les cas où on sait qu'une opération radicale est impossible. Néanmoins, il y a là une raison sérieuse pour étendre les indications de l'incision abdominale, notamment dans les ascites qui accompagnent certaines grosses tumeurs inopérables. En pareil cas, je fais l'incision exploratrice, et jamais la ponction.

Chez une malade qui avait une grosse tumeur et une ascite considérable, j'ai trouvé après l'incision un magma d'adhérences intestinales et de nombreuses végétations de mauvaise nature ré-

pandues dans l'abdomen; j'ai refermé le ventre et fait un drainage avec la gaze iodoformée, non sans avoir de grandes inquiétudes sur l'issue de mon intervention. Or la malade s'en est trouvée fort bien, l'ascite est restée huit mois sans reparaître, et après deux ans mon opérée vivait encore.

Plus récemment, à l'hôpital, chez une jeune femme ayant une très grosse tumeur et un mauvais état général, j'ai trouvé des végétations et des adhérences partout, et j'ai dû me borner à une incision exploratrice, suivie d'un petit drainage à la gaze iodoformée. Or cette malade, opérée depuis trois mois, est aujourd'hui comme ressuscitée.

J'ajouterai donc un appendice à la communication de M. Richelot, en disant : l'incision abdominale peut être fort utile par les modifications spéciales qu'elle apporte à certaines lésions ; elle est utile, en particulier, comme traitement palliatif, contre l'ascite symptomatique des tumeurs inopérables.

M. Reclus. Je puis citer deux observations comparables à celles de M. Richelot : il s'agit de gros corps fibreux qui s'accompagnaient de pertes considérables, et pour lesquels je tentai la castration ovarienne. Celle-ci échoua, et je ne pus qu'amener à l'extérieur, dans les deux cas, une petite tumeur fibreuse pédiculée, qui était chez l'une le quart de la masse totale, et chez l'autre le septième. Ces deux femmes sont opérées depuis 5 et 7 mois, et elles sont guéries, c'est-à-dire que les grosses tumeurs ont diminué de volume, les métrorrhagies sont supprimées, elles n'ont plus aucune espèce de troubles.

M. Monod. Je citerai à mon tour une opération faite récemment par notre collègue Nélaton, sur une ancienne surveillante d'Ivry, à laquelle j'ai fait autrefois une double castration ovarienne pour un fibrome hémorrhagique. Cette année, elle fut prise de violentes douleurs abdominales, dont la cause était fort obscure. M. Périer, cependant, qui vit la malade, n'hésita pas à les attribuer à des adhérences épiploïques à la paroi abdominale antérieure, l'opération datant d'une époque où les chirurgiens attachaient une certaine importance à étaler l'épiploon au devant de la masse intestinale avant de refermer le ventre.

L'intervention ayant paru nécessaire, M. Nélaton trouva, en effet, des adhérences épiploïques et les détruisit ; la malade paraît aujourd'hui guérie, et M. Nélaton se propose de vous communiquer le fait quand il sera un peu plus ancien.

Cet exemple me paraît digne de remarque, à cause des adhérences. Chez la première malade de M. Richelot, qui souffrait tant et qui guérit si complètement, n'y avait-il pas quelques adhérences

semblables, et leur rupture pendant l'opération n'est-elle pas la cause du bon résultat obtenu ?

J'ai été frappé d'un petit fait clinique, qu'on pourrait rapprocher de ceux dont nous parlons, à savoir, les douleurs très vives qui accompagnent la présence du moindre fragment épiploïque dans les hernies des enfants.

M. Routier. Si M. Terrillon était ici, il nous parlerait sans doute d'une malade de 18 ou 19 ans qu'il a opérée il y a quelques années pour une grosse tumeur, laquelle, après incision abdominale, fut considérée comme un sarcome inopérable et laissée en place. Cette malade a été revue l'année dernière en parfaite santé.

Pour mon compte, j'ai vu un fait analogue il y a quatorze mois : tumeur maligne inopérable, évacuation du liquide ascitique, guérison ; la malade s'est très bien portée jusqu'au mois dernier, et maintenant seulement l'ascite se reproduit et le cancer reprend ses droits.

M. Terrier. Les faits qu'on vient de rapporter sont très différents entre eux ; il y a des lésions inflammatoires banales, des cancers, des tumeurs fibreuses. Je pense qu'il faut distinguer ces trois ordres de faits, si on veut chercher une explication rationnelle des résultats obtenus.

Un point me paraît dominer la question, c'est l'absence ou la présence de l'ascite. Si M. Nicaise était présent, il pourrait vous rappeler l'histoire d'une de ses parentes, qui fut opérée dans mon service de la Salpêtrière il y a douze ou treize ans, pour des tumeurs multiples végétantes qui furent considérées comme des sarcomes. Il y avait une ascite considérable. Le liquide, évacué par la laparotomie, reparut plus tard ; on fit des ponctions successives pendant longtemps, puis l'acite resta guérie ; on ne fait plus rien aujourd'hui, et la malade est très bien portante. Voilà un fait qui déroute toutes les explications que nous pourrions proposer.

M. Marchand. J'ai observé deux cas semblables à ceux de M. Richelot : c'étaient deux femmes très malades, que je croyais atteintes de pyo-salpingites. J'ai trouvé dans le petit bassin des adhérences dures, lardacées, dont j'ai à peine décollé quelques-unes, mais je n'ai rien pu enlever, et j'ai refermé le ventre après un tamponnement à la gaze iodoformée. Chez ces deux malades, les douleurs ont absolument cessé, et au bout de quelques mois j'ai trouvé les tissus assouplis et l'utérus mobile.

M. Tillaux. La plupart d'entre nous ont vu des faits analogues. Pour moi, j'attribue ces résultats à la rupture des adhérences. Dans une observation que j'ai donnée à M. Monprofit pour sa thèse,

il s'agit d'une femme qui était, pour ainsi dire, moribonde, chez laquelle j'ai simplement détruit quelques adhérences, et qui a parfaitement guéri, si bien qu'elle a repris et conserve encore aujourd'hui ses fonctions de servante dans les bouillons Duval.

M. Richelot. Je suis très heureux d'avoir provoqué cette discussion, qui a mis au jour plusieurs faits intéressants.

Je n'ai pas vu souvent de grandes améliorations dans les cancers abdominaux. Il peut y en avoir, sans doute, mais ce n'est pas là d'ordinaire que la laparotomie exploratrice a de beaux succès. J'ai vu les malades soulagées temporairement par l'évacuation de l'ascite ; c'est une gêne mécanique qui disparaît, voilà tout, mais quand l'ascite se reproduit, ce qui est souvent rapide, la situation est aussi mauvaise.

J'ai choisi les faits de ma communication dans les affections purement inflammatoires des annexes, c'est-à-dire dans un ordre d'idées qui n'a pas de rapport avec les néoplasmes, compliqués ou non d'ascite. Aucune de mes malades n'avait traco de liquide, et il n'était pas question de les soulager par une évacuation.

Je n'ai pas voulu parler des résultats palliatifs plus ou moins heureux qu'on obtient, dans certaines tumeurs graves de l'abdomen, à la suite d'opérations incomplètes. J'ai parlé de laparotomies restées purement exploratrices, dans lesquelles on n'a rien fait, rien évacué, et qui ont amené, par un mécanisme inconnu, la guérison franche et rapide de lésions invétérées.

A MM. Monod et Tillaux je répondrai que ma première malade avait un magma d'adhérences dans le petit bassin, autour de l'utérus, mais qu'il n'y en avait aucune sous la paroi abdominale ; l'épiploon n'était pas collé au péritoine pariétal ; mon doigt, introduit dans le ventre pour explorer les organes, n'a rompu aucune brido, et en somme n'a rien fait. Il faut donc trouver une autre explication pour nous rendre compte de cette disparition totale des symptômes les plus graves.

A M. Pozzi, je dirai que je suis absolument d'accord avec lui quant à la supériorité de l'incision sur la ponction. Moi aussi, je profite de ce que je suis aidé, outillé, pour ne jamais faire de ponction exploratrice dans l'abdomen. C'est l'incision, et non la ponction, qui peut nous donner des explorations complètes dans les cas obscurs, des résultats sérieux au point de vue du diagnostic, et à l'occasion les effets salutaires, inespérés, dont il vient d'être question.

Communication.

Résection partielle de l'ovaire et salpingorrhaphie,

Par M. S. Pozzi.

M. Pozzi se réserve de communiquer ses observations sur ce sujet après avoir revu les malades qu'il a opérées et constaté le résultat de son intervention.

Présentation de pièces.

1° *Calcul rénal. Taille rénale. Guérison,*

Par le Dr Gérard-Marchant, chirurgien des hôpitaux.

La nommée B... (Léonie), âgée de 30 ans, est entrée à l'hôpital Laënnec dans le service du Dr Nicaise, suppléé par le Dr Gérard Marchant ; elle occupe le lit 19 de la salle Chassaignac.

Depuis l'âge de 23 ans, cette femme souffre de *coliques néphrétiques :* les crises sont survenues après une fièvre typhoïde ; elles ont été exagérées par la grossesse. A plusieurs reprises elle a expulsé de petits calculs.

C'est surtout depuis *trois ans* que les accès ont pris une grande intensité. Vers la fin de 1889, la malade commence à uriner du sang. A partir de cette époque les crises se renouvellent presque tous les jours : elles durent deux à trois heures.

Elle a été soignée à Beaujon, à Lariboisière, pour ses accès de colique néphrétique : sous l'influence du régime lacté, du carbonate de lithine, de l'eau de Vichy et du repos, elle est améliorée, mais à peine a-t-elle quitté ces hôpitaux qu'elle est reprise de ses douleurs.

Le 1er mai 1891, elle entre à Laënnec dans le service de M. Ferrand; elle urine du sang presque pur; ses crises sont subintrantes; elle en a jusqu'à *cinq* par jour; dans l'intervalle, des douleurs sourdes existent dans la *région lombaire droite.*

M. le Dr Ferrand nous fait l'honneur de nous appeler en consultation auprès de cette malade, et, après l'avoir examinée avec lui, nous pensons qu'elle est justiciable d'une intervention chirurgicale.

Elle entre dans le service de chirurgie le 4 juin.

Cette femme, très affaiblie par les crises douloureuses dont elle est atteinte, par les piqûres de morphine, par l'absence d'appétit, par l'insomnie, est pâle et amaigrie ; elle marche et se soutient avec peine.

Les accès se répètent plusieurs fois par jour ; la douleur, semblable à un coup de couteau, se montre dans la *région rénale droite*, et irradie dans le bas ventre du même côté. Pendant la crise, la malade se tord sur elle-même. Son corps s'incline à droite. Elle pousse des cris qui sont entendus jusque dans la cour de l'hôpital.

Les urines sont sanglantes. Elles contiennent de l'albumine et du pus. Leur quantité est de 900 grammes par vingt-quatre heures.

En dehors de ces accès si pénibles, la malade accuse un endolorissement constant de la région lombaire droite.

L'exploration du rein droit ne révèle rien de saillant. Cet organe n'est pas *augmenté de volume*, il est simplement douloureux. Mais c'est surtout l'*origine du bassinet* et l'*abouchement de l'uretère* au niveau de la vessie qui sont particulièrement douloureux. La moindre pression au niveau de ces points (recherchés suivant le procédé classique, *Thèse de Hallé,* 1887), arrache des cris à la patiente.

Ces crises sont si nettes, elles se répètent avec une telle similitude, comme intensité, siège de la douleur à droite, et cortège symptomatique, que nous n'hésitons pas, malgré l'absence de *phénomène appréciable* du côté du rein et son intégrité apparente, à porter le diagnostic de *calcul rénal du côté droit.*

La douleur du bassinet est en faveur de ce diagnostic. Nous sommes plus gênés pour interpréter la douleur de l'uretère au niveau de son abouchement dans la vessie.

Une intervention chirurgicale est décidée, et elle est pratiquée avec l'aide de notre collègue et ami Bazy, si compétent dans ces questions des voies urinaires.

La *taille rénale* est exécutée le 30 juin 1891. Anasthésie chloroformique sans incident. *Incision oblique lombaire*, pour découvrir le rein. Celui-ci est un peu abaissé, mais il ne semble pas plus volumineux qu'à l'état normal. Il se laisse facilement attirer au dehors.

Par une palpation attentive, nous recherchons s'il existe une *saillie*, soit au niveau des faces du rein, soit au niveau du hile, qui dénote un calcul rénal.

Cette exploration ne nous fournit aucun résultat. Nous introdui sons alors une aiguille à acupuncture dans l'épaisseur de la substance rénale, et cette recherche, répétée à sept ou huit reprises différentes et dans tous les sens, ne nous révèle nullement l'existence d'un calcul.

Malgré l'insuccès de ces explorations, convaincu, de par les phénomènes cliniques, de l'existence d'un calcul, nous n'hésitons

pas à fendre le rein suivant son bord convexe, comme pour faire *la coupe verticale du rein*, et cela dans les deux tiers inférieurs de l'organe. La section se fait lentement, mais franchement, avec le bistouri, pendant que le Dr Bazy, ayant pour ainsi dire énucléé le rein hors de sa loge, pince entre le pouce et l'index de la main droite les vaisseaux au niveau du hile, de façon à modérer l'hémorragie. Celle-ci est réduite ainsi au minimum.

Dès que le rein est fendu jusqu'aux calices, nous introduisons une pince du côté du bassinet, et nous percevons alors le cliquetis résultant du contact de notre pince avec le calcul. Celui-ci est alors saisi et amené au dehors facilement. Cette extraction est suivie d'une petite quantité de pus.

Après avoir touché la tranche rénale et la loge du calcul avec un tampon imbibé *d'eau naphtolée* (pour éviter les phénomènes d'intoxication observés en pareil cas avec le sublimé et l'eau phéniquée), nous pratiquons la suture des surfaces du rein avec quatre fils de soie. Dès que le rapprochement est effectué et les fils coupés au ras, le rein est repoussé, replacé dans sa loge, et à partir de ce moment l'écoulement sanguin devient nul.

Suture en étage, de la capsule du rein, des aponévroses, des muscles, de la peau, au fil de soie. Deux petits drains sont placés sous la peau à l'angle supérieur et inférieur de l'incision.

Les suites opératoires ont été des plus simples. La température n'a pas dépassé 37,4. La quantité d'urine a été de 600 grammes le 1er juillet, de 1250 grammes le 2 juillet, de 800 grammes les 3 et 4 juillet, de 1200 grammes le 5 juillet, de 500 grammes le 6, de 750 grammes le 7, et à partir de cette époque la malade a rendu 2 litres d'urine jusqu'au moment de sa sortie de l'hôpital.

Au septième jour de l'opération, il n'y avait plus de sang dans les urines, et dès le 15 juillet, la recherche de l'albumine était absolument négative.

Quatre semaines après cette opération, la malade était présentée guérie à la *Société de chirurgie*, dans sa séance du 29 juillet 1891.

Le calcul qui a été extrait est de nature *uratique*. Il est représenté de grandeur naturelle sur la figure ci-jointe :



Son poids était de 3gr,400. Ses dimensions sont de 25 millimètres de long et de 17 millimètres dans sa plus grande largeur. Il est réduit à 12 millimètres dans sa largeur moyenne.

Il est inutile d'ajouter que pour éviter le retour de la lithiase rénale, la malade a été soumise à l'eau de Vittel et à un traitement médical (lait, carbonate de lithine).

2° *Énorme fibro-myôme du ligament rond au niveau de son insertion dans la grande lèvre. Opération. Guérison,*

Par M. Polaillon.

Les fibro-myômes du ligament rond sont des tumeurs peu communes, surtout quand elles occupent la grande lèvre et qu'elles acquièrent le volume de celle que je présente.

J'ai enlevé cette tumeur chez une dame d'environ 45 ans. Elle avait débuté, depuis nombre d'années, à la partie supérieure de la grande lèvre gauche, par un épaississement dur, qu'on ne pouvait attribuer à aucune cause, traumatique ou autre. Peu à peu, l'épaississement devint une tumeur, qui s'accrut progressivement.

Il y a quatre ans, la tumeur avait le volume du poing. Elle était indolente et n'occasionnait pas trop de gêne. La malade refusa de la laisser enlever. Mais, depuis quatre ans, elle avait acquis de telles dimensions que l'ablation devint indispensable.

En effet, la tumeur était aussi grosse que la tête d'un enfant d'un à deux ans. Elle s'implantait sur la grande lèvre gauche, qui se confondait avec elle et qui lui formait un pédicule. Puis elle s'élargissait en forme de poire, et descendait jusqu'au niveau du tiers inférieur de la cuisse.

La peau de la grande lèvre s'étalait à sa surface. Ses poils étaient très espacés. Ses orifices glandulaires formaient de petits pertuis appréciables à l'œil nu. Son derme était hypertrophié. Mais il ne s'agissait pas là d'un éléphantiasis.

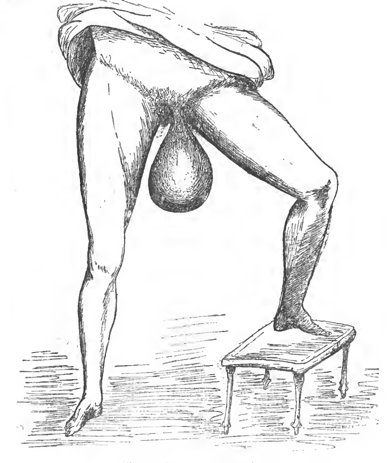
Il ne s'agissait pas non plus d'un molluscum pendulum, tumeur flasque et molle, formée aux dépens des éléments de la peau.

La tumeur était légèrement bosselée, nullement réductible. Sa consistance était assez ferme. La peau glissait à sa surface. Au-dessous d'elle, on sentait, au niveau de la grande lèvre, un cordon dur s'engageant dans le canal inguinal. La malade n'avait jamais eu de hernie. Aussi je ne m'arrêtai pas à l'idée d'une hernie épiploïque irréductible, avec hypertrophie lipomateuse des éléments de l'épiploon ou des tissus extérieurs au sac.

Par exclusion, j'arrivai au diagnostic de *tumeur fibreuse de la grande lèvre*, affection rare, dont on ne connaît que quelques exemples.

Bien que cette tumeur ne fût pas douloureuse, elle était devenue insupportable par son volume, par son poids, par la gêne qu'elle occasionnait.

L'opération fut pratiquée le 26 juin dernier. Deux incisions, partant du pédicule et circonscrivant une large tranche de peau à la surface de la tumeur, me permirent d'arriver sur une masse fibreuse blanche et de la disséquer jusqu'à l'orifice externe du



Fibro-myôme de la grande lèvre.
(Dessin par M. Schmid, externe des hôpitaux.)

canal inguinal. A ce niveau, la tumeur se prolongeait dans le canal inguinal sous la forme d'un cordon gros comme l'index. Ce cordon n'était autre chose que le ligament rond hypertrophié. Le péritoine formait une gaine autour de lui; de telle sorte que la cavité péritonéale était ouverte. Le reste de la tumeur n'était pas enveloppé par une gaine séreuse, mais par un tissu cellulaire très lâche, qui permettait le glissement de la peau.

Je liai le ligament rond en deux faisceaux avec un fort fil de catgut ; puis, l'ayant sectionné au-dessus de la ligature, je l'abandonnai dans le canal inguinal.

La tumeur fut ainsi séparée. Il ne me resta plus qu'à faire la ligature de quelques artères assez volumineuses, et à suturer les lèvres de la plaie avec des crins de Florence.

La guérison se fit par réunion immédiate, sans accidents et sans fièvre, en dix jours.

On conçoit que l'ouverture du péritoine au niveau du pédicule puisse laisser pénétrer dans cette cavité des produits septiques, et on comprend la gravité de cette opération à une époque où l'on ne prenait pas les précautions nécessaires pour se mettre à l'abri de l'infection de la séreuse péritonéale.

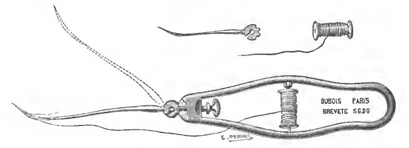
L'examen de la tumeur a montré que j'avais eu affaire à un fibro-myôme développé au niveau de l'insertion du ligament rond dans le sac de Broca.

L'analogie de la stucture du ligament rond et du tissu utérin explique le développement, dans ce ligament, de fibromes semblables à ceux de l'utérus.

La tumeur, que je présente à la Société, a en effet tous les caractères extérieurs d'un fibrome utérin. Au microscope, elle est formée par des tissus fibreux et par des fibres musculaires lisses. Il s'agit donc, en réalité, d'un *fibro-myôme* du ligament rond.

Présentation d'instrument.

M. Monod présente une nouvelle aiguille imaginée par un de ses internes, M. Artus, et construite par M. Dubois.



Cette aiguille est articulée et toujours enfilée. Elle a en outre l'avantage d'être très facile à nettoyer et à stériliser; elle est bien en main et d'un prix très modique.

L'instrument se compose de deux parties : les aiguilles et le manche ou porte-aiguilles.

Les aiguilles sont de différentes grandeurs et de différentes formes. Le chas est situé à l'extrémité antérieure. A l'extrémité opposée se trouve le talon, qui s'articule avec le manche.

Le porte-aiguilles est un cadre à jour, en métal, supportant une bobine de fil pour les sutures. D'un côté il se termine par une mortaise traversée par un pivot sur lequel s'accroche l'aiguille que l'on fixe ensuite par quelques tours de vis. De cette façon l'aiguille est maintenue par un double point d'appui.

L'aiguille peut s'incliner sur le manche dans différentes directions et servir ainsi d'aiguille droite et d'aiguille courbe.

Des lames de bistouris ou de couteaux, des ténaculums, des aiguilles de Cooper ou de Deschamps, peuvent également se monter sur ce manche.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 7 octobre 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques parus pendant les mois d'août et de septembre;

2° Notice sur Franz C. Donders (extrait de *Proceedings of the Royal Society of London*);

3° *Mémoires de l'Académie de Stanislas*, 141e année, 1890. Nancy, 1891;

4° *Annual Report of the Smithsonian Institution.* Washington, 1890;

5° Lettres de MM. Chauvel et Lucas-Championnière, demandant un congé de deux mois.

A propos du procès-verbal.

1° *Sur la castration incomplète chez la femme.*

M. Routier. Messieurs, dans notre dernière séance de juillet, M. Pozzi nous a communiqué deux cas de laparotomie, où il a pu se contenter de pratiquer dans un cas la résection partielle d'un ovaire sur lequel s'était développée une tumeur, dans l'autre la résection de l'ovaire avec salpingorrhaphie. Il en a profité pour vanter la castration partielle. Ayant eu, comme lui, l'occasion de traiter ainsi quelques malades, je vous demande la permission de vous soumettre les résultats que j'ai pu obtenir de mon côté.

Déjà, au mois d'avril de cette année, j'ai publié une très courte étude sur la castration incomplète chez la femme; je citais quelques cas tirés de ma pratique personnelle et suivis assez longtemps pour me permettre de formuler une opinion qui, je dois le dire, était peu favorable à cette manière de procéder.

Je disais dans ce travail, et je répète ici, qu'il ne faut pas comprendre sous cette même rubrique de castration partielle les cas où on opère pour un néoplasme avec ceux que nous connaissons bien maintenant et que nous groupons sous le nom de salpingo-ovarites.

Dans les premiers cas, en effet, il n'est pas rare de trouver les annexes d'un côté absolument normales pendant qu'une tumeur s'est développée de l'autre côté.

Enlever quand même ces annexes normales pour éviter que pareille dégénérescence puisse les envahir plus tard, serait de la chirurgie par trop préventive, et qui, je crois, ne serait pas suffisamment justifiée.

On est revenu maintenant de cette idée, un moment dominante, que l'ablation unilatérale des annexes était plus grave que l'ablation bilatérale.

Quand on a enlevé un kyste ou une tumeur solide de l'ovaire, il est de règle d'examiner l'état des annexes du côté opposé, mais si leur état paraît normal, on les remet soigneusement en place et on referme le ventre.

Je pourrais, comme tant d'autres, citer des cas où, après m'être ainsi comporté, j'ai vu mes opérées guéries devenir enceintes et mener leur grossesse à terme.

La castration partielle ainsi envisagée est, je crois, acceptée unanimement.

Mais quant à la castration partielle dont a parlé M. Pozzi, celle

dont nous voulons parler après lui, et qu'on appliquerait aux cas de salpingo-ovarites, elle nous paraît discutable.

D'abord, toutes les fois que la salpingite existe ou domine, que son inflammation soit ou non arrivée à la suppuration, bien qu'on ait essayé dans cet ordre d'idées des tentatives conservatrices, l'ablation bilatérale paraît acceptée par tous.

C'est dans l'ovarite scléro-kystique, alors que la trompe est saine, quand l'ovaire est déformé par les petits kystes dont il est bourré, et qu'il semble avoir conservé par places son état normal, c'est certes bien alors qu'on est tenté de conserver une partie des annexes, la trompe si elle a son pavillon, et pour l'utiliser, un morceau d'ovaire, si petit qu'il soit, après qu'on aura pu espérer de le débarrasser des kystes multiples dont il est farci.

Si on réfléchit un instant, on voit que cette conduite, très séduisante au premier abord et qui paraît être de la chirurgie conservatrice au premier chef, est parfaitement irrationnelle.

Quand on est décidé à faire la laparotomie, je suppose qu'on a auparavant fait un diagnostic, et que l'apparition d'ovaires scléro-kystiques n'est pas une surprise.

L'intervention a donc été motivée par un des accidents graves connus pour être le résultat de ces dégénérescences des ovaires, douleurs insupportables ou métrorrhagies incessantes. Alors, c'est bien à l'ovaire qu'on en veut, aussi bien à sa fonction qu'à sa sensibilité. Je ne vois pas bien, par conséquent, ce qu'on peut se promettre en conservant tout ou partie d'un des organes qui sont précisément la cause de l'opération entreprise.

Je suis tout à fait d'avis qu'il ne faut se décider à pratiquer une castration qu'après y avoir bien réfléchi, mais quand les raisons en faveur de l'intervention l'emportent, mieux vaut agir radicalement, je crois.

Que laisse-t-on, du reste, dans une résection d'ovaire scléro-kystique, sinon un moignon d'organe atteint de la maladie qui a provoqué la résection ?

L'anatomie pathologique nous l'enseigne; MM. Pilliet et Conzette, qui ont longuement étudié ces lésions, affirment, avec l'appui de M. le professeur Cornil, que tout ovule évoluant dans de pareils ovaires évoluera fatalement vers la dégénérescence kystique; la maladie ne se localise pas à telle ou telle partie de l'ovaire, elle peut sur ce point être plus avancée, plus visible à l'œil nu, mais elle est généralisée quand elle existe et est répandue dans toute l'épaisseur de la partie active de l'organe.

La dégénérescence kystique va donc continuer son évolution sur le moignon précieusement conservé, et les douleurs qu'on se proposait de combattre, les hémorrhagies qu'on espérait arrêter

par l'ablation de l'ovaire malade, vont être entretenues par la continuation de la maladie sur ce morceau d'ovaire.

De telle sorte que ce sera souvent à recommencer, et que la femme aura sans nul profit couru les chances de la laparotomie.

Il est facile de voir, en relisant les communications des divers chirurgiens à propos des résultats éloignés de la castration, dans le compte rendu du dernier congrès de chirurgie, que tous semblent unanimes pour proclamer les bons résultats de la castration complète, que tous se plaignent, au contraire, des cas où ils ont dû laisser en place, pour différents motifs, des parties de l'ovaire.

J'ai, pour ma part, des exemples personnels et frappants que je pourrais citer.

En revoyant mes opérées des mois et des années après l'opération, j'ai pu constater que chez toutes celles chez qui, pour une raison quelconque, j'avais dû laisser même un fragment d'ovaire, les règles persistaient, et dans plusieurs cas, ces règles se sont compliquées de ménorrhagies et de métrorrhagies telles qu'il a fallu une nouvelle intervention.

Je puis ajouter que ce n'est pas seulement quand on laisse un ovaire ou un fragment d'ovaire qu'on peut avoir des accidents, mais encore quand on laisse les trompes seules.

Voici le cas auquel je fais allusion :

Une femme de 38 ans qui avait toujours eu des règles douloureuses et un peu abondantes, fit une fausse couche le 1er août 1890. Elle eut à la suite de cet accident une métrite hémorrhagique pour laquelle je pratiquai un curetage vers la fin de septembre 1890.

Contrairement à ce qui arrive en pareils cas, les accidents continuèrent, si bien que je fus amené à proposer la castration comme ultime ressource pour la débarrasser de ses pertes de sang et aussi pour la soulager, car les douleurs étaient très violentes, ce qui était dû à des ovaires scléro-kystiques.

La laparotomie fut faite en novembre 1890. J'enlevai deux très gros ovaires scléro-kystiques, mais les trompes me parurent si saines, si normales, que je les laissai en place.

Quatre mois et demi durant, elle resta bien guérie, mais ensuite les pertes de sang recommencèrent, puis ensuite les douleurs reparurent.

En juin 1891, elle fut curetée à nouveau et sans succès par un de mes collègues des hôpitaux, car les pertes recommençaient en juillet.

En août, à bout de moyens, je pratiquai à cette malheureuse l'hystérectomie vaginale, et depuis, elle est bien guérie.

Cette observation, il faut le noter en passant, vient à l'appui de l'opinion soutenue par L. Tait, à savoir, que la trompe et un gros nerf qui la suit présideraient à la menstruation.

Chez plusieurs malades auxquelles j'avais pratiqué des castrations partielles, j'ai dû revenir à la charge, et faire des opérations complémentaires pour combattre les accidents.

Je dois dire que chez toutes ces malades où j'ai pratiqué des castrations partielles, la laparotomie n'avait pas pour but de permettre l'enlèvement des ovaires, c'était pour remédier à des flexions qu'il m'avait été impossible de corriger autrement. Dans ces cas, il est vrai que les ovaires étaient scléro-kystiques et que les douleurs étaient probablement autant dues à cette lésion qu'à la flexion utérine.

Toujours est-il que ces castrations incomplètes n'ont pas tenu ce qu'elles promettaient.

Voici deux observations, parmi d'autres, qui peuvent servir de types :

J. M..., 32 ans, a eu trois accouchements à terme ; le dernier date de trois ans, c'est depuis lors qu'elle est malade ; la délivrance avait été difficile, une pelvi-péritonite l'avait suivie.

Depuis qu'elle s'est relevée, elle a souffert dans le ventre, et ses règles ont duré de dix à douze jours tous les mois.

Elle a subi le curetage utérin par un de nos collègues des hôpitaux ; les pertes de sang ont cessé, mais les douleurs persistent au point de lui interdire tout travail suivi.

Il existe une rétroversion avec rétroflexion exagérée; les ovaires sont tangibles, mais mobiles et un peu douloureux à la pression.

Après plusieurs tentatives infructueuses de redressement, je propose l'hystéropexie, qui est acceptée et pratiquée le 20 décembre 1890.

L'utérus était en effet rétrofléchi, plié comme une feuille de papier, sans adhérences, de sorte que je le redresse très facilement; il est gros et mou, c'est-à-dire que le fond globuleux, assez gros, se rattache au col par une partie grêle, comme étranglée, état anatomique que j'ai retrouvé dans tous ou presque tous les cas de rétro-déviation.

L'ovaire gauche est criblé de kystes ; la trompe n'a plus de pavillon, elle est contournée, distendue par du liquide; je les enlève.

L'ovaire droit est aussi parsemé de kystes, mais à un degré beaucoup moindre ; la trompe est normale. Je fais alors ce que M. Pozzi a appelé la toilette de l'ovaire, je crève les kystes au thermo-cautère, je résèque une portion de cet ovaire qui me paraît particulièrement malade ; j'assure l'hémostase par une suture au catgut, et, l'utérus étant fixé à la paroi par le moignon des annexes enlevées, je referme le ventre.

Tout marche à souhait; mais peu de temps après, quand la malade guérie reprit ses occupations, les douleurs recommencèrent, et j'ai fini par faire à cette femme une hystérectomie vaginale. Depuis, elle est complètement guérie.

Voici un second cas absolument pareil :

F. P..., 28 ans, souffrait d'une rétrodéviation irréductible, pour laquelle je pratiquai une hystéropexie en décembre 1890.

J'enlevai les annexes gauches malades, trompe oblitérée, ovaire polykystique ; mais comme à droite la trompe avait encore son pavillon, je débarrassai l'ovaire de ses kystes et laissai les annexes droites en place.

Tout alla bien d'abord, mais bientôt les douleurs revinrent, les règles reparurent trop abondantes, elle eut des métrorrhagies, et je finis par faire une hystérectomie vaginale. Elle est guérie.

Je ne me dissimule pas que ces observations pourraient servir d'argument aux partisans de l'hystérectomie vaginale adoptée comme traitement des salpingites, mais je les prie de remarquer que je n'avais entrepris la laparotomie que pour pratiquer l'hystéropexie, et que si j'ai d'abord fait une castration incomplète, puis une hystérectomie, ce n'a été que petit à petit et poussé par les évènements successifs.

Je le répète, on ne peut, dans les cas d'oophoro-salpingite, vraiment songer à faire des castrations incomplètes que dans les cas où la trompe est normale ; mais alors les ovaires sont scléro-kystiques et alors, pour les raisons que j'ai développées, je ne comprends pas qu'on laisse une portion d'organe malade.

Et je conclurai en disant : Ou l'ovaire est assez malade pour justifier une ablation totale, ou il ne l'est pas, et alors, même la castration partielle n'est plus indiquée.

Discussion.

M. Pozzi. Je répondrai d'abord à M. Routier que je me réserve de revoir ultérieurement mes malades, avant d'affirmer qu'elles sont complètement guéries. Ce qui me frappe dans la communication de notre collègue, c'est de voir affirmer que les choses doivent se passer de telle et telle façon, qu'après une résection partielle de l'ovaire, « très probablement le reste de l'organe deviendra mauvais ». Ce n'est pas *a priori* qu'il faut juger la question ; l'observation seule doit décider s'il est utile de faire cette tentative opératoire pour conserver à la femme sa fécondité.

Certes, il s'agit là d'une opération exceptionnelle ; je l'ai faite, pour ma part, deux fois sur un très grand nombre de laparotomies pour affection des annexes. Néanmoins, si vous considérez qu'il s'agit là d'une dégénérescence de nature bénigne portant sur une partie de l'organe, il me paraît rationnel, jusqu'à plus ample informé, de ne pas toujours le sacrifier tout entier.

Je ne puis considérer comme démonstratifs les deux cas de M. Routier, dans lesquels les malades n'ont pas été guéries par une résection partielle ; ces deux cas étaient complexes, et il est impossible de dire la part qui revenait, dans les douleurs, à l'ovaire, à l'utérus ou à d'autres parties également malades. Il ressort en effet de ses observations qu'il y avait chez ces malades de la rétroversion et de la métrite parenchymateuse, outre la dégénérescence scléro-kystique des ovaires. Il y a des observations, à l'étranger, qui sont favorables à la résection partielle de l'ovaire ; il ne faut donc pas rejeter sans examen ce mode d'intervention. Nous connaissons bien des faits où les douleurs ont été supprimées par la simple rupture d'adhérences sans aucune suppression d'organe ; l'ablation d'un point limité de dégénérescence scléro-kystique est un degré de plus : pourquoi ne réussirait-elle jamais ? Et, je le répète, elle a l'avantage de conserver la fécondité, dont on ne fait pas toujours assez de cas.

2° *De l'action trophique de quelques laparotomies exploratrices.*

M. Bazy. J'aurais pris la parole à la dernière séance pour citer un fait analogue à ceux cités par M. Richelot dans sa communication, et à ceux qui ont été rapportés par MM. Routier, Monod, Pozzi, Terrier, etc. Je ne l'ai pas fait parce que je n'avais pas de nouvelles récentes du malade dont je voulais parler.

Or je l'ai vu ce matin, je puis donc rapporter le fait.

Il s'agit d'un homme de 42 ans, C. P..., marchand de vin, à qui j'ai fait le 4 octobre 1890 une cure radicale de hernie inguinale droite. Il sort guéri et se portant très bien. Quelque temps après il se plaint de malaises indéfinissables qui durent une huitaine de jours et cessent, puis reparaissent avec un état de gravité suffisant pour nécessiter de nouveau son entrée à l'hôpital Beaujon. Il est atteint de fièvre, de vomissements, de diarrhée. M. Guyot, dans le service duquel il est placé, constate l'existence d'une tumeur intra-abdominale au niveau de l'ombilic ; il se demande si ce ne serait pas une épiploïte déterminée par la ligature de l'épiploon au moment de l'opération de cure radicale. Mais je consulte l'observation du malade et je constate qu'il n'y a pas eu de ligature de l'épiploon.

Les accidents continuant, la situation devenant critique et menaçant de se dénouer à bref délai dans un sens mortel, M. Guyot et moi sommes n'accord qu'il serait bon de faire une incision exploratrice.

Cette incision est faite le 1er décembre avec l'aide de mes internes.

L'incision mesure 8 centimètres et porte mi-partie au-dessus, mi-partie au-dessous de l'ombilic, juste au niveau de la tumeur.

L'abdomen ouvert, je constate une tumeur avec les caractères que nous lui avions trouvés pendant la vie, c'est-à-dire une tumeur du

volume de la moitié d'un poing d'adulte, légèrement bombée à la surface, rétro-péritonéale, dure et adhérente à la colonne vertébrale.

Je pense que nous nous trouvons en présence d'adénopathies mésentériques symptomatiques d'un épithélioma localisé de l'intestin, et je me hâte de refermer le ventre en portant un diagnostic grave.

Suivant mon habitude, je fais trois plans de sutures, les deux profonds au catgut en surjet, le superficiel au crin de Florence.

J'avoue que je suis étonné les jours suivants en voyant mon malade aller bien ; car les interventions chirurgicales *in extremis* chez les néoplasiques guérissent rarement.

Au 6e jour, en regardant et en palpant la région opératoire, je crois sentir une diminution de volume de la tumeur.

Lorsque, le 14e jour, le malade quitte l'hôpital, la tumeur avait presque disparu.

J'avais eu de ses nouvelles et j'avais appris qu'il se portait bien. Pour pouvoir donner son observation, j'ai voulu le revoir ; il est venu me trouver ce matin, et j'ai constaté les faits suivants :

Santé générale excellente. La cicatrice de la laparotomie exploratrice est parfaite, sans la plus petite nuance d'éventration, et en arrière on ne voit aucune tumeur.

Du côté de la hernie, le résultat est absolu. La paroi est tout à fait résistante et même plus résistante que du côté opposé.

La deuxième observation peut être rapprochée de la première, quoiqu'il s'agisse d'un cas différent.

Cette observation a trait à une femme entrée presque exsangue à l'hôpital Lariboisière, salle Élisa Roy, dans le service de mon maître et ami M. Peyrot, que je remplaçais. Elle était anémiée par des métrorrhagies violentes dues à des corps fibreux interstitiels. Son utérus n'était pas volumineux, et j'aurais pu très bien pratiquer l'hystérectomie vaginale ; mais son état était tel que je craignais pour elle la plus petite perte de sang, et j'aimais mieux lui pratiquer la castration ovarienne.

C'est ce que je fis dès les premiers jours d'août dernier. L'opération fut absolument exsangue et réduite à sa plus grande simplicité. Elle dura à peine un quart d'heure jusqu'au pansement extérieur.

Le lendemain la malade allait bien, il en était de même les jours suivants, sauf une élévation un peu anormale de la température.

Le quatrième jour la température atteignait 40°,4, le pouls 130. La respiration était haute, l'anxiété très grande, la malade ne parlait que de sa mort prochaine. J'étais très inquiet, quoique rien en dehors de ces accidents ne pût me faire croire à une septicémie. L'opération avait été très simple et les précautions d'asepsie les plus minutieuses avaient été prises. Le ventre était souple et indolent dans tous ses points. Il n'y avait pas eu de constipation.

Malgré tout cela et en prévision d'une erreur d'appréciation possible, je rendormis la malade, défis les sutures, rouvris le ventre, constatai

que les intestins avaient une coloration normale, mis mes doigts dans le ventre pour toucher et inspecter les pédicules, refermai immédiatement l'abdomen sans même y avoir introduit une éponge.

Pendant l'opération, la malade était si faible, que je crus devoir lui faire faire une injection de 10 centigrammes de caféine.

Or, le soir, la température n'était que de 39°,2, le lendemain elle tomba à 37°,8 et resta normale.

La malade a guéri très rapidement et, malgré ces deux sutures, a une cicatrice invisible.

J'ai cru devoir rapprocher ces deux cas, malgré leur dissemblance apparente, parce qu'il s'agit dans les deux cas d'une action trophique exercée par la laparotomie, dans un cas sur une lésion bien marquée, dans l'autre cas sur un trouble nutritif dont la fièvre constituait l'élément le plus important et l'indication principale pour une intervention.

Dans l'état actuel de nos connaissances, j'estime qu'on ne peut, dans les exemples divers qui ont été cités ici à la dernière séance, séparer, mettre à part, que les cas analogues à ceux signalés par M. Monod où la laparotomie a été faite pour remédier à des douleurs et y a remédié effectivement en libérant des adhérences épiploïques, cause de tiraillements.

Dans tous les autres cas, qu'il s'agisse de salpingites avec tuméfaction et adhérences totales, qu'il s'agisse de corps fibreux, de tumeurs diverses, d'ascite symptomatique et même de fièvre, tous ces cas doivent être rangés pour le moment sous la rubrique que j'ai formulée, à savoir l'action trophique des laparotomies exploratrices. C'est à l'avenir de montrer les différences, si elles existent, des processus curateur ou modificateur dans chaque cas particulier.

Communication.

Anévrysme du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive, traité par la ligature périphérique simultanée de la sous-clavière et de la carotide primitive droite,

Par M. Le Dentu.

Je désire porter à votre connaissance un cas d'anévrysme du tronc innominé que j'ai traité suivant la méthode de Brasdor, par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites. Le résultat n'a pas répondu à mes espérances, en ce sens que l'opération n'a pas arrêté le développement de la dilatation artérielle; mais ces espérances elles-mêmes ne pouvaient être

que très vagues, car, au moment de mon intervention, la tumeur avait déjà acquis des dimensions considérables. Opéré le 8 juin de cette année, le malade a succombé le 22 juillet, après une survie de quarante-quatre jours.

Observation. — Un homme de 34 ans, très amaigri, un peu courbé en avant, se présente à ma consultation le 29 mai 1891. Son cou et la partie supérieure de son thorax sont déformés par une tumeur oblongue, oblique à droite de bas en haut, soulevée par des mouvements d'expansion rythmés comme les pulsations cardiaques. Au-dessus de cette tumeur, la peau est rouge violet; elle commence à lui adhérer; elle est le siège d'un léger œdème. Localement, la température est manifestement augmentée, mais il n'y a pas de menace sérieuse de phlegmon.

L'épaule du même côté est relevée, le tronc incurvé à gauche. Par suite de la torsion de la colonne vertébrale, un aplatissement marqué s'est produit du côté gauche, spécialement au niveau des côtes moyennes et de leur segment antérieur. Cette scoliose fait naître à première vue la pensée que la cage thoracique renferme une tumeur notablement plus développée que la portion visible à l'extérieur. La suite de l'examen va confirmer cette présomption.

La main qui palpe la tumeur reconnaît que la portion thoracique superficielle est molle et dépressible au centre, plus résistante à la périphérie, et que la portion cervicale possède une paroi très mince dans toute son étendue. La destruction de la première pièce du sternum, d'une partie de la seconde et du tiers interne de la clavicule est évidente. Les deux tiers externes de cet os occupent un plan antérieur par rapport à sa situation normale; d'où un élargissement notable du creux sus-claviculaire d'arrière en avant.

Cette région est d'ailleurs restée à peu près libre, tandis que la région carotidienne est soulevée par un prolongement qui remonte déjà jusqu'à la partie moyenne du cartilage thyroïde et se termine en pointe mousse.

La tumeur, dépassant la ligne médiane, empiète sur le côté gauche du cou, refoulant fortement le larynx latéralement et en haut. Une dépression verticale profonde sépare cet organe du bord supéro-interne de l'anévrysme.

Les résultats de la percussion sont intéressants à noter. Au-dessous et en dedans de la portion extérieure de la tumeur, la matité se prolonge, absolue, jusqu'à 4 ou 5 centimètres; puis, entre cette matité et le cœur, il existe une zone de submatité, presque sonore, correspondant à la partie ascendante de l'aorte. Celle-ci semble même sensiblement allongée; car le cœur, fortement refoulé en bas et à gauche, franchement horizontal, bat dans le sixième espace intercostal, au voisinage immédiat de la septième côte. Les battements se transmettent à l'estomac avec une telle violence qu'un bruit de « glouglou » synchrone aux pulsations cardiaques se fait entendre à 2 ou 3 mètres de distance.

L'auscultation permet de délimiter la tumeur d'une manière encore plus précise.

Dans toute la portion du thorax correspondant à la zone de matité franche, on entend un souffle intense au premier temps, qui se prolonge dans la partie carotidienne de l'anévrysme et vers la fourchette sternale, et que l'inspiration exagère beaucoup par instants, tandis que, dans la portion du thorax qui correspond à la zone sonore, entre le cœur et la tumeur, on ne perçoit que les deux bruits normaux, plus éclatants, mais non compliqués de souffle.

Nous avons pu, mon collègue M. Duguet appelé en consultation et moi, en nous appuyant sur les symptômes précédents, diagnostiquer un anévrysme du tronc brachio-céphalique, étendu secondairement à la carotide primitive droite, mais ayant respecté en grande partie sinon entièrement la crosse de l'aorte. En tout cas, si cette dernière était atteinte, cela ne pouvait être que dans des limites très restreintes; les résultats de l'auscultation pratiquée par nous deux avec un soin méticuleux étaient assez précis pour nous autoriser à affirmer notre diagnostic. D'ailleurs, sauf une nuance, il était conforme à celui des Drs Carreau et Lherminier (Pointe-à-Pitre), qui m'avaient adressé le malade ; le témoignage du premier devait avoir à nos yeux une valeur considérable, car il avait assisté au début de la maladie et en avait suivi l'évolution dès le principe. Le passage suivant d'une lettre qu'il m'envoyait le 11 mai de cette année mérite d'être transcrit en entier : « Il y a deux ans (à peu près en mai 1889), j'ai constaté un claquement très intense du deuxième bruit au niveau de la crosse aortique.

« Plus tard, au bruit de claquement artériel s'ajouta un souffle au premier temps qui s'accentua de jour en jour; des douleurs intolérables se déclarèrent au niveau des deux premières pièces du sternum, irradiant au cou et à l'épaule. Des battements devinrent visibles au creux sus-sternal; la trachée commença à être repoussée du côté gauche, et un beau jour, il y a environ six semaines, la tumeur fit son apparition à l'extérieur. Elle a pris depuis lors des proportions croissantes au point d'atteindre aujourd'hui le volume d'une grosse mangue; elle offre un souffle aux deux temps. Je pense qu'elle descend très bas dans la poitrine et que la crosse de l'aorte elle-même n'est pas indemne. » Il s'agit cependant bien, pour le Dr Carreau comme pour le Dr Lherminier, d'un anévrysme brachio-céphalique. Il l'affirme nettement au premier paragraphe de sa lettre. Le claquement du second bruit du cœur, observé comme premier phénomène, ne pouvait, en réalité, indiquer que la dégénérescence athéromateuse des valvules sigmoïdes; le souffle au premier temps révélait en même temps la rudesse de ces valvules et de la portion ascendante de l'aorte, et sans doute aussi le commencement de la formation de la poche.

Chose remarquable, cet anévrysme déjà énorme causait très peu de troubles de compression.

Sauf les douleurs vives dans l'épaule et le bras du côté droit, il n'y avait rien ou presque rien à noter, ni accès de suffocation, ni dyspnée continue, ni dysphagie, ni inégalité des pupilles, ni vertiges, ni

troubles de la vue, et ceci est d'autant plus intéressant que le malade avait eu des accidents cérébraux graves quelques mois auparavant. Il en sera reparlé à propos des antécédents.

En vue d'une intervention il était important de préciser les limites supérieures de la tumeur et les conditions dans lesquelles s'y faisait la circulation du sang. Or le pouls avait les mêmes caractères, comme amplitude et comme régularité, aux deux radiales et aux deux carotides. Il était plein, large, synchrone et nullement retardé par rapport aux battements cardiaques. On pouvait en conclure que le sang franchissait sans peine la poche anévrysmale et que malheureusement il n'avait aucune tendance à s'y coaguler. Les caillots devaient y être peu abondants et tout à fait excentriques.

Quant aux limites de la tumeur, elles pouvaient être précisées avec rigueur. Quoiqu'elle eût détruit le tiers interne de la clavicule, elle n'avait pas envahi le creux sus-claviculaire. Au fond de celui-ci on sentait les battements de la sous-clavière; le sterno-mastoïdien était seulement un peu refoulé en dehors, mais non soulevé. Tout au plus pouvait-on admettre qu'en dedans des scalènes la sous-clavière s'était un peu dilatée. Au contraire, du côté de la carotide l'envahissement était étendu; la tumeur, vaguement conique, se terminait à la partie moyenne du cartilage thyroïde par une extrémité mousse, nettement délimitée. Dans la très courte portion restée saine au-dessus, les pulsations exagérées, mais non plus fortes qu'à gauche, faisaient penser que les deux carotides devaient être volumineuses.

La mensuration pratiquée avec un mètre souple qui suivait la convexité de la tumeur donna les résultats suivants : 14 centimètres en hauteur, 12 en largeur. La portion profonde devait bien déborder de 5 centimètres par en bas; de sorte qu'on peut affirmer que l'anévrysme avait au moins 16 à 17 centimètres de hauteur.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, le début des symptômes avait été observé par le Dr Carreau. Il remontait à environ deux ans. Notre confrère, appelé par le malade pour des accidents fébriles, avait eu l'occasion de constater un claquement coïncidant avec le deuxième bruit du cœur, au niveau de la crosse de l'aorte. Deux mois plus tard, en juillet 1889, se déclara une attaque subite de convulsions cloniques d'abord, puis toniques, dans toute la moitié gauche du corps; les lèvres se couvrirent d'écume. Au bout d'une heure la connaissance était revenue, mais la mémoire était perdue. Le malade ne se souvenait même pas du commencement de l'attaque, pendant lequel il avait parlé et demandé qu'on le ramenât chez lui. Cette attaque avait eu lieu par hasard en présence de M. Carreau, dans une pharmacie.

Vu l'âge relativement jeune du malade, notre confrère soupçonna la syphilis, mais M. X... lui opposa les dénégations les plus formelles. Des hyperostoses volumineuses constatées aux jambes levèrent tous les doutes et éloignèrent du même coup l'hypothèse de l'embolie cérébrale, qui devait d'autant plus naturellement se présenter à l'esprit que les lésions cérébrales, quelles qu'elles fussent, occupaient le lobe droit. L'alcoolisme ne pouvait non plus être admis.

Malgré un traitement mixte où les frictions d'onguent napolitain tenaient la première place, traitement qui, paraît-il, fut suivi assez irrégulièrement, de nouvelles crises se produisirent dans l'espace de quelques semaines, et une dernière fut suivie de la paralysie complète de tout le côté gauche du corps. Cette paralysie céda graduellement à la médication spécifique reprise sérieusement; l'emploi de l'électricité en détermina la guérison parfaite, et aujourd'hui il n'en reste plus trace. La motilité et la sensibilité sont absolument intactes.

Depuis cette époque les signes de l'anévrysme commençant étaient devenus plus manifestes. Le claquement du second bruit s'était compliqué d'un souffle au premier temps; puis mes collègues Carreau et Lherminier observèrent successivement l'apparition d'un double souffle, l'augmentation des douleurs de l'épaule, le développement de la tumeur vers le creux sus-sternal, enfin l'usure des os et le soulèvement de la région sterno-claviculaire en une saillie fluctuante, pulsatile, dont la formation ne remontait guère plus loin que le milieu de mars de cette année; et au mois de juillet elle avait déjà les dimensions de deux œufs de dinde.

C'est alors que le malade voulut à tout prix se rendre en France, en dépit des dangers de rupture que le mal de mer pouvait lui faire courir pendant une traversée de treize à quatorze jours. Le beau temps lui épargna cette épreuve; il toucha la France sans qu'aucun incident nouveau fût survenu, et il se présenta immédiatement à moi dans l'état décrit plus haut.

Ayant été consulté par lettre au commencement de juillet sur l'opportunité du voyage et d'une opération, j'avais télégraphié au malade de ne pas venir, jugeant que l'anévrysme était trop avancé dans son développement; mais M. X... était parti quand même. Il demandait l'intervention avec une insistance digne d'intérêt. Rien n'indiquait *a priori* que le mal ne pût pas être arrêté dans sa marche. Quoique très incertain, le succès n'était peut-être pas absolument impossible. Après quelques jours de réflexion et une consultation avec M. Duguet, qui ne trouva pas irrationnelle la tentative que j'avais de la tendance à faire, je résolus de donner suite au désir du malade. Une opération seule offrait quelques chances de réussite, et je ne voulais attaquer par aucun autre moyen cet anévrysme déjà si rapproché des téguments.

La ligature des artères sous-clavière et carotide droites me parut, pour les raisons que je dirai plus loin, mériter la préférence. Je la pratiquai le 8 juin, sous le chloroforme, dans la maison des frères Saint-Jean de Dieu. Le malade étant profondément anesthésié, je commençai par la sous-clavière. Quoique profondément cachée dans le creux sus-claviculaire, derrière la clavicule partiellement luxée, elle fut isolée et liée rapidement en dehors des scalènes au moyen d'un catgut n° 6. Je passai de suite à la carotide primitive, mais la saillie de l'anévrysme me gêna un peu dans sa recherche, qui fut un peu plus longue que celle de la sous-clavière. Il n'en restait guère intact qu'un segment de 2 centimètres de long; je plaçai la ligature, faite également avec un catgut n° 6, à un demi-centimètre au-dessous de la bifurcation. Comme j'avais

reconnu que les artères étaient très jaunes, épaissies et amplifiées, je me méfiai de leur friabilité probable et je ne serrai les nœuds que juste assez pour oblitérer la lumière des vaisseaux sans chercher à rompre entièrement les tuniques internes. Je terminai par la suture totale des deux plaies, sauf la place nécessaire pour le passage de deux drains en caoutchouc. Le tout avait duré trente-cinq à quarante minutes.

Les suites immédiates de l'opération furent excellentes. Le malade se réveilla promptement du sommeil anesthésique le plus régulier du monde. Sauf la cessation complète des battements de la carotide externe et de ses branches, et de la radiale, il n'y avait rien de changé à sa situation. Il ne se produisit aucun trouble de la circulation cérébrale; la motilité, la sensibilité, la température de la face et des membres, n'avaient subi aucune modification. Les pulsations et les mouvements d'expansion me parurent un peu diminués du côté de l'anévrysme au point de vue de l'intensité; mais les battements cardiaques avaient acquis une plus grande fréquence en passant immédiatement de 90 à 130.

La guérison ne fut entravée par aucun phénomène grave. Je puis résumer les suites opératoires en deux mots : elles furent des plus simples et n'offrirent que peu de particularités dignes d'être signalées. Les plus saillantes furent : un éréthisme cardiaque qui maintint constamment le nombre des battements entre 120 et 130, une agitation considérable avec insomnie qui dégénéra bientôt en un délire assez violent, une petite phlébite limitée de la veine basilique, l'inégalité des deux pupilles.

L'éréthisme cardiaque, signalé dans plusieurs observations, a résisté aux injections de morphine (1 à 2 centigrammes) et à des doses considérables de bromure de potassium (6 grammes en 24 heures). Il a cédé brusquement, du 13e au 14e jour, au sulfonal à la dose d'un gramme en deux fois. A partir de ce jour le cœur n'a plus battu que 90 à 100 fois par minute.

Le pouls n'est réapparu nettement à la radiale droite à aucun moment, mais du 3e au 5e jour il m'a semblé percevoir un très léger frémissement, si faible que je n'oserais affirmer qu'il ait réellement existé. A gauche, sa force est restée la même qu'avant l'opération. Le pouls temporal n'est pas réapparu non plus et la carotide gauche n'a battu ni plus ni moins fort qu'avant la ligature de sa congénère.

La respiration n'a jamais présenté d'accélération accusée; le nombre des inspirations a oscillé entre 18 et 25 dans la première semaine et n'est montée à 30 que pendant la période de grande agitation. Jamais il n'y a eu de suffocation proprement dite, continue ou par accès.

Le seul trouble cérébral observé a été une agitation qui s'est graduellement transformée en un délire caractérisé par l'impatience du lit, le besoin de se découvrir et de se lever, l'aigreur du caractère, des paroles peu aimables adressées aux personnes qui soignaient le malade, des propos injurieux envers sa femme, qui lui donnait sans cesse des preuves de son dévouement.

Il est remarquable que tout ce désordre mental ait cédé, lui aussi,

au sulfonal, aussi brusquement que l'éréthisme cardiaque, si bien que le 22 juillet, 14 jours après l'opération, le malade avait recouvré tout son calme et éprouvait une sensation de bien-être inconnue jusque-là.

Une légère phlébite siégeant au voisinage du pli du coude, survenue 6 jours après l'intervention, et qui avait déterminé un œdème inflammatoire du bras et de l'épaule, avait cédé en une semaine à des onctions d'onguent napolitain. Comme symptôme anormal il ne persistait qu'une atrésie relative de la pupille droite qui s'était déclarée 10 jours après l'opération et qui n'empêchait pas l'iris d'être sensible à la lumière.

Du côté des membres, la sensibilité, la motilité, la température, étaient restées intactes, sauf une très légère tendance au refroidissement du côté de la main droite, après la guérison de la phlébite.

La température axillaire, qui était de 37°,9 le soir de l'opération, avait oscillé, du 2e au 5e jour, entre 37 et 37°,6. Le 6e jour au matin elle était de 36°,6. Le lendemain soir (14 juillet, 7e jour), l'apparition de la phlébite la fit monter à 38°,2, mais au bout de trois jours elle était redevenue normale, oscillant entre 36°,4 et 39°,4.

Du côté des plaies, les suites opératoires avaient été parfaites. Celle de la ligature carotidienne était guérie en quatre jours, celle de la ligature de la sous-clavière en huit jours. Une simple couche de collodion au salol remplaçait tout pansement.

Ce fut le moment où je conçus quelque espoir de guérison ou du moins d'amélioration. L'opération datait de quatorze jours. La portion extérieure de l'anévrysme, quoique encore à peu près aussi longue, avait perdu un centimètre de largeur; elle s'était aplatie et comme étalée. La périphérie était plus ferme, mais le centre restait mou et dépressible. Les pulsations avaient perdu un peu de leur force. L'œdème commençant signalé plus haut avait diminué. Les modifications de l'état local, si faibles qu'elles fussent, semblaient annoncer un arrêt dans le développement de la poche.

Malheureusement cette situation favorable n'eut qu'une courte durée. Au bout de quelques jours (environ 25 jours après l'intervention) la tumeur avait manifestement augmenté. Au 35e jour elle avait 25 centimètres en hauteur et elle était devenue si superficielle qu'une phlyctène hémorrhagique se forma au point culminant. La rupture était imminente. La compression de plus en plus forte de l'œsophage ne lui laissa pas le temps de se produire. Épuisé par les douleurs de l'épaule et du bras devenues intolérables, et par une dysphagie absolue qui entravait l'alimentation, le malade succomba le 22 juillet à dix heures du matin, après une courte agonie sans accès de suffocation, bien que la teinte violacée de la face et des extrémités indiquât qu'une lente asphyxie avait été un des coefficients de la mort.

Je regrette de n'avoir pu pratiquer l'autopsie, elle aurait permis d'établir rigoureusement l'exactitude du diagnostic ; mais, je le répète, suivant toute probabilité, l'aorte ne participait guère à la constitution de la poche anévrysmatique, si ce n'est peut-être depuis que celle-ci avait acquis des dimensions colossales.

Si des observations déjà nombreuses d'anévrysmes du tronc innominé ont été publiées à l'étranger, la littérature médicale française en renferme un fort petit nombre. Rares surtout sont les cas où des chirurgiens français ont traité par une opération cette redoutable affection.

Des travaux récents d'une très grande importance en ont fixé la thérapeutique d'une façon que l'on peut considérer comme à peu près définitive. Grâce aux articles du professeur Le Fort dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, de Poinsot dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, de Richard Barwell dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, de Walther dans le *Nouveau Traité de chirurgie* de MM. Duplay et Reclus; grâce aux mémoires de Wharton et de Randolph Winslow [1], cette question difficile a fait un pas immense.

A l'époque où M. Le Fort l'a traitée, on pouvait encore hésiter sur la pratique à suivre. La ligature isolée de la carotide primitive droite, déjà préconisée par Holmes, paraissait au chirurgien français préférable à toute autre opération. La ligature ultérieure de la sous-clavière n'était présentée que comme un complément d'intervention conditionnel, subordonné à la marche de la maladie après la première ligature. Les recherches et les statistiques de Poinsot, de Warton, de Barwell, de Walther et de Randolph Winslow ont imposé à ces auteurs, comme opération de choix, la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite.

Il serait tout à fait superflu de reproduire à cette place tous les documents réunis et étudiés jusqu'à ce jour. S'il est vrai qu'une revision sévère de ces documents amènerait peut-être un analyste minutieux à les grouper d'une façon différente, je reste convaincu, après en avoir pris connaissance, que par une autre voie cet analyste arriverait à des conclusions semblables. Par exemple, voici les résultats de la critique à laquelle M. Walther a soumis toutes les observations publiées avant 1891 :

Ligature de la sous-clavière seule, 3 cas : 3 bons résultats immédiats, mais pas une guérison définitive.

Ligature de l'axillaire seule, 1 cas : mort au bout d'un mois.

Ligature de la carotide primitive seule, 25 cas : dans 6 cas, où il y avait participation de l'aorte, 6 morts rapides; dans 13 cas, où l'anévrysme était limité au tronc innominé, 11 morts, dont 9 par hémorrhagie, anémie cérébrale ou continuation du développement, et 2 de cause inconnue; seulement 2 améliorations peu satisfaisantes (survie de 2 et de 7 mois); dans 6 cas où la bifurcation du

[1] *Annals of Surgery*, mai 1891, p. 336.

tronc innominé était envahie, 4 morts et deux guérisons constatées après 20 mois et 9 ans.

En résumé : sur 25 cas, 21 morts, ce qui constitue un pitoyable bilan;

Ligature successive de la carotide et de la sous-clavière, 8 cas, sur lesquels il y a 5 morts et 3 guérisons ;

Ligature successive de la carotide et de l'axillaire, 2 cas : mort au bout de 20 jours et de 2 mois ;

Ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière, 35 cas. Poinsot avait trouvé 8 très bons résultats sur 23, soit 37.4 0/0, et seulement 5 morts rapides ou assez rapides. Wharton était arrivé au même résultat : 12 bons résultats sur 32, soit également 37.4 0/0. La proportion de Walther est encore supérieure, puisque sur 35 cas il y a 14 bons résultats, soit 40 0/0.

Chose intéressante, les 12 observations publiées depuis 1882 forment une série particulièrement heureuse, puisque l'on y relève 10 guérisons et seulement 2 mauvais résultats (une hémiplégie survenue au bout de deux jours, aboutissant à la mort au bout d'un an, et un insuccès par continuation du développement de l'anévrysme). On reconnaît sans peine dans cette amélioration brusque de la statistique l'influence bienfaisante de l'antisepsie.

Ligature simultanée de la carotide primitive et de l'axillaire : un seul cas suivi d'un mauvais résultat.

Voyons maintenant si les conclusions de Randolph Winslow s'écartent sensiblement de celles de Walther. L'auteur américain, frappé de la fréquence de l'erreur de diagnostic qui consiste à prendre un anévrysme de l'aorte pour un anévrysme du tronc innominé, renonce systématiquement à classer séparément les cas des deux catégories. Il en résulte une confusion regrettable à certains égards; mais il est permis de dire que cette façon de procéder contribue à donner de la force à ses conclusions. N'est-il pas frappant, en effet, que l'adjonction des anévrysmes de l'aorte à ceux de l'innominée, loin d'abaisser le chiffre des résultats favorables de la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière, le relève au contraire sensiblement ? Ne doit-on pas trouver dans ce fait un argument *a fortiori* en faveur de l'application de cette méthode aux anévrysmes limités au tronc brachio-céphalique.

Le parallèle entre la ligature isolée de l'un des vaisseaux, leur ligature successive et leur ligature simultanée tourne encore en faveur de cette dernière pratique.

Winslow a réuni 59 cas de ligature simultanée, sur lesquels il y a 43 guérisons opératoires, soit 72.88 0/0. Cette grosse opération

est donc en réalité beaucoup plus bénigne qu'on ne pouvait le prévoir.

Voyons ce qui est des résultats éloignés. Winslow relève 16 guérisons complètes ou que les apparences permettent d'affirmer telles, ce qui fait une proportion de 27.11 0/0 par rapport au total de 59 cas, et de 37.20 0/0 par rapport aux 23 opérés guéris de l'opération; plus d'un quart dans le premier cas, plus d'un tiers dans le second.

Il faut signaler de plus à l'actif de l'opération 20 améliorations plus ou moins durables, ce qui donne en somme 36 résultats favorables sur 59 cas.

Le parallèle des opérations divisées en antiseptiques et préantiseptiques est des plus instructifs ; il en est de même du parallèle des substances employées pour la ligature. Je traduis littéralement :

Antiseptiques, 53 : guérisons immédiates, 41; guérisons définitives apparentes, 16 ; morts, 12, soit 22.64 0/0 ;

Préantiseptiques, 6 : guérisons immédiates, 2 ; morts, 4, soit 66 0/0.

Substances employées pour la ligature. — Soie ou fil, 20 cas : guérisons opératoires, 10; morts, 10, soit 50 0/0 (causes de mort : hémorrhagie, 4; anémie cérébrale, 1 ; oblitération de l'aorte, 1 ; épuisement, 1 ; choc, 1 ; asphyxie, 1);

Catgut, 26 cas : guérisons opératoires, 20 ; totalement guéris, 8; morts, 6, soit seulement 23.46 0/0 (causes de mort : hémorrhagie, 0 ; rupture du sac, 2 ; chloroforme, 1 ; cyanose, 1 ; suffocation, 1 ; dyspnée, 1) ;

Aorte de bœuf, 4 cas : guérisons opératoires, 4 ; guérisons définitives, 3.

La différence relevée entre les fils de soie ou de lin et le catgut, au point de vue de l'hémorrhagie, tient à peu près exclusivement à ce que, dans la période préantiseptique, on n'employait que les premiers. Sur 14 ligatures à la soie dans la période antiseptique, il n'y eut qu'une mort par hémorrhagie secondaire, et pas une seule sur 26 cas de ligature au catgut.

Je répète que tous ces résultats se rapportent aussi bien aux anévrysmes de l'aorte qu'à ceux de l'innominée; mais les résultats de la ligature simultanée appliquée aux anévrysmes de l'aorte seule méritent d'être signalés. Laissant de côté toutes les formes mixtes, j'ai détaché de la série de Winslow 13 cas d'anévrysmes de l'aorte seule. Un premier groupe comprend 4 sujets morts du 5e au 51e jour après l'opération ; un deuxième groupe en renferme 4 autres qui ont eu une survie de 11 mois à 4 ans et 27 jours ; 5 ont pu être considérés comme entièrement guéris. En

admettant même que ces 5 guérisons apparentes ne dussent pas se maintenir indéfiniment, ces cas grossissent d'une façon heureuse la catégorie des améliorations prolongées, et c'est déjà beaucoup si l'on songe à la gravité excessive de la lésion.

Je m'arrête pour ne pas trop abuser de votre temps ; je me bornerai à ajouter aux statistiques dont je vous ai présenté des résumés deux cas récents d'anévrysmes du tronc brachio-céphalique dont l'un a été traité par l'introduction d'une forte aiguille d'acier qui fut laissée à demeure pendant 12 heures[1]. Il paraît que l'iodure de potassium et la compression avaient déjà diminué le volume de la tumeur d'un tiers. L'introduction de l'aiguille et le grattage de la paroi avec sa pointe auraient déterminé la diminution graduelle et la disparition de l'anévrysme et des symptômes concomitants tels que douleurs, dyspnée, élancements dans le bras, etc.

L'autre observation, celle de Bryant, est un cas de ligature successive de la carotide et de la sous-clavière[2], qu'on ne peut invoquer en faveur de cette méthode, pas plus que l'ensemble des faits semblables qui l'ont précédé. La ligature de la carotide, après avoir déterminé un peu d'amélioration, fut suivie au bout de 4 semaines de celle de la sous-clavière. L'opéré mourut au bout de 13 jours à la suite d'accidents cérébraux survenus au 11e jour. A l'autopsie, on trouva une thrombose de la vertébrale droite à 1 pouce et demi au-dessous du commencement de l'artère basilaire, et une embolie cérébrale. Le sac ne contenait pas du tout de caillots.

Il serait bien important de dépouiller avec soin toutes les observations publiées, de manière à mettre en relief les circonstances qui ont paru favoriser la réussite. Le temps m'a malheureusement manqué pour cette longue besogne. D'ailleurs, beaucoup de ces observations manquent de précision dans les détails. Je tiens du moins à rappeler que dans le cas de Barwell, où le succès a été très complet, l'anévrysme avait déjà des dimensions considérables. La figure annexée à l'article de cet auteur en fait foi. L'apparition de la tumeur pulsatile à l'extérieur ne constitue donc pas une contre-indication à l'opération. La décision du chirurgien doit être subordonnée à certaines autres circonstances que Barwell a essayé de préciser, telles que la situation de l'anévrysme sur les diverses parties de l'innominée, la participation ou la non-participation de

[1] Caselli, Aneurisma del tronco arterioso brachiocefalico trattato col metodo Mac Ewen (*Riforma med.*, 1891, juli 8), et Mac Ewen (*Brit. med. Journ.*, 1890, nov. 15 and 22).

[2] *Medical Record*, 1891, mars 14.

l'aorte ou des deux branches de division, carotide primitive et sous-clavière; l'état des tuniques aortiques, des valvules sigmoïdes et du cœur; l'intégrité ou le désordre de la circulation cérébrale.

Après une étude approfondie du sujet, l'auteur anglais a pu formuler quelques réserves relativement à l'adoption exclusive de la ligature simultanée. Il pense que parfois la ligature isolée de la carotide ou de la sous-clavière peut suffire ou être imposée par les circonstances comme seule prudente ; mais il n'admet pas moins que d'une manière générale la méthode de choix est la ligature périphérique simultanée des deux branches de bifurcation du tronc brachio-céphalique.

Présentation de pièces.

1° *Utérus et 18 fibromes enlevés par la voie vaginale.*

M. Routier. Les pièces que j'ai l'honneur de soumettre à la Société n'auraient rien de bien intéressant par elles-mêmes, puisqu'il s'agit de 18 fibromes variant du volume d'un œuf de pigeon à celui d'un œuf de dinde, pesant ensemble 475 grammes, et de l'utérus qui les contenait; mais c'est pour attirer l'attention de la Société sur le procédé employé que je les ai apportées.

Vous voyez, en effet, que l'utérus est coupé en deux moitiés égales suivant le plan vertical médian. C'est là le principe fondamental de la méthode préconisée par mon collègue et ami Quénu pour l'ablation des fibromes utérins par la voie vaginale, et qu'on peut facilement étendre au traitement des salpingites suppurées.

J'ai comme lui employé ce procédé pour des fibromes dont voici les pièces; l'opération fut relativement facile et la malade est guérie; je l'ai aussi employé dans des cas de salpingites que j'ai cru devoir traiter par l'hystérectomie vaginale, et ne crains pas de dire que je la préfère au procédé par morcellement de Péan.

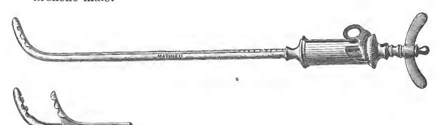
L'opération se fait presque sans perte de sang, et quand l'utérus est ainsi sectionné en deux moitiés, celles-ci sont facilement luxées à la vulve, et on peut alors traiter le ligament large comme on l'entend, soit par un clamp, soit par des ligatures.

2° *Lithotriteurs.*

M. Horteloup. J'ai l'honneur de présenter des lithotriteurs avec lesquels on peut obtenir une force beaucoup plus considérable qu'avec les instruments ordinaires.

Je ne vous parlerai pas des mors de ces lithotriteurs, qui sont connus depuis fort longtemps, puisque ce sont ceux qu'en 1830 l'inventeur du lithotriteur courbe, le baron Heurteloup, avait proposés et fait construire.

Le point sur lequel je désire appeler l'attention porte sur la modification de la poignée ; à la place du volant circulaire, ce sont des ailes, et au lieu d'un mouvement de flexion du poignet, c'est un mouvement de supination et de pronation qui fait avancer la branche mâle.



J'ai fait construire par M. Mathieu trois calibres différents : l'un de $6^{mm},5$, l'autre de 7 et le troisième de 8 millimètres, qui se trouve moins volumineux que la sonde que l'on emploie avec les aspirateurs pour l'évacuation des fragments.

Il n'existe pas dans le commerce de lithotriteur aussi fort que mon numéro 3; mais, en comparant le numéro 2 avec le brise-pierre ordinaire, on voit, par le calcul, que l'on peut obtenir le double de force.

Je crois que ce lithotriteur peut rendre de vrais services ; il se manœuvre aussi facilement que les autres et permettra de briser des pierres dont la résistance est au-dessus de la force que permet de déployer le volant ordinaire.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

G. Richelot.

Séance du 14 octobre 1891.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. le préfet de la Seine, transmettant ampliation du décret du 15 septembre 1891, qui a autorisé la Société de chirurgie à accepter le legs fait à son profit par Mme veuve Huguier ;

3° *Deux cas de péritonite purulente traités par la laparotomie*, par M. Bompard (M. Schwartz, rapporteur) ;

4° *De la galvano-tuberculose*, par M. Millot-Carpentier (de Montecouvez) ;

5° *Organisation d'un service chirurgical en province. La nouvelle salle d'opérations de l'hospice général de Rouen*, par M. Cerné. Brochure in-8°. Rouen, 1891.

Communication.

Plaie de l'estomac par balle de revolver, suivie de guérison sans intervention chirurgicale,

Par M. Paul Berger.

Le .. juillet, à 10 heures du matin, je fus appelé auprès d'un écolier de 19 ans qui, la veille à 6 heures du soir, avait reçu dans la région de l'abdomen une balle de revolver de petit calibre (7mm).

Je trouvai le malade en parfait état, le regard vif, le pouls plein et un peu rapide, ne souffrant d'aucun malaise. Le ventre n'était pas ballonné, il n'était pas sensible à la pression. En enlevant un pansement à l'iodoforme qui recouvrait la région épigastrique, je trouvai un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic une plaie circulaire de quelques millimètres, sèche et recouverte par une croûte, dont les bords étaient

un peu tuméfiés et rouges. Toute la région, dans l'étendue d'une pièce de 5 francs, présentait un peu de gonflement et offrait une sensibilité profonde à la pression. Nulle part aux environs je ne pus découvrir le projectile; aucune exploration du trajet ne fut faite d'ailleurs.

En raison de l'absence complète de phénomènes fonctionnels, j'étais disposé à croire que le projectile devait s'être perdu dans la paroi abdominale, quand, en interrogeant l'entourage sur les circonstances qui avaient suivi la blessure, j'appris que le malade avait aussitôt après rendu une certaine quantité de sang. On me présenta même plusieurs serviettes couvertes de grosses taches de sang et de caillots mélangés à des restes de chocolat vomis en même temps que le sang. Ce sang provenait donc de l'estomac; nulle part ailleurs il n'y avait de plaie, le malade n'avait pas eu de saignement de nez; d'ailleurs le mélange de chocolat avec le sang indiquait la provenance de ce dernier. Le malade en effet avait mangé une tablette de chocolat peu avant sa blessure; il était, à part cela, à jeun depuis vingt-quatre heures.

En présence de l'absence complète de phénomènes abdominaux, aucune intervention chirurgicale ne pouvait être proposée. La plaie, soigneusement nettoyée, fut recouverte d'une occlusion collodionnée. Le blessé fut maintenu dans le décubitus dorsal strict, à la diète absolue; la seule boisson permise fut de l'eau additionnée d'un peu d'eau-de-vie à la dose d'une cuillerée à café tous les quarts d'heure; 10 centigrammes d'extrait thébaïque furent administrés dans les vingt-quatre heures.

Aucun incident ne se produisit; le même régime fut observé quatre jours pleins; le cinquième seulement je permis du lait en petite quantité, et le huitième, une alimentation liquide plus abondante. Le quinzième jour, le malade reçut la permission de se lever et put être considéré comme absolument guéri.

L'existence d'une plaie de l'estomac était ici certaine, et ce cas s'ajoute aux faits fort nombreux qui prouvent que les plaies par balle de revolver intéressant l'estomac peuvent guérir sans intervention chirurgicale. J'ajoute qu'il ne saurait être invoqué contre l'opinion des chirurgiens qui ont adopté la laparotomie immédiate dans le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. Seize heures s'étaient écoulées en effet depuis la blessure, et en l'absence de tout symptôme fonctionnel, je ne crois pas que les opérateurs les plus convaincus de l'opportunité d'une intervention eussent eu l'idée d'y avoir recours dans ces conditions.

Si j'ai rapporté ce fait, c'est que, dans la question toujours ouverte de l'intervention chirurgicale dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, je crois qu'il est utile de réunir tous les cas bien observés, et que, pour ce qui me concerne, j'ai jusqu'à présent eu soin de publier tous ceux qui se sont présentés dans ma pratique. Voici le résumé de cette courte statistique :

1° J'ai eu à traiter deux cas de *plaie de l'estomac par balle de*

revolver; dans le premier la nature de la blessure fut établie par ce fait que le projectile fut rendu par l'anus. Dans le second la blessure de l'estomac fut rendue certaine par les vomissements sanguins et alimentaires. Dans l'un et l'autre de ces cas je ne fus appelé que plus de douze heures après l'accident; il n'y avait pas d'accidents; aucune intervention ne fut pratiquée et les malades guérirent.

2° J'ai observé deux cas de *blessures limitées au gros intestin;* dans un cas il s'agissait d'un coup de couteau ayant intéressé le côlon transverse et qui avait déterminé une infiltration de matières fécales dans l'épaisseur du grand épiploon. Une portion de celui-ci fut réséquée, la plaie intestinale fut suturée et l'intestin blessé fut réduit dans le ventre.

Dans le second cas, il s'agissait d'une plaie du cæcum par une balle de revolver; la blessure avait été reçue quatre ou cinq jours auparavant; le siège de la plaie, la présence du sang dans les garde-robes, indiquaient clairement que le cæcum était lésé. Il y avait des phénomènes de péritonite circonscrite assez alarmants; néanmoins, en raison de l'ancienneté de la blessure, je ne crus pas devoir intervenir.

Dans les deux cas les malades g érirent.

3° J'ai eu à traiter quatre cas de *plaies multiples de l'intestin grêle* compliquées dans deux cas de plaies du gros intestin, dans un troisième de deux plaies de l'estomac; il s'agissait trois fois de plaies par balles de revolver, dans l'un d'une blessure par coup de couteau. Dans les quatre cas il existait des accidents péritonéaux manifestes au moment où je vis les malades; je pratiquai dans tous les quatre la laparotomie et je procédai à la recherche et à la suture des plaies de l'intestin. Dans trois d'entre eux les malades succombèrent rapidement; ils étaient, au moment où j'opérai, dans un état de choc ou de péritonisme des plus accusés; il y avait dans la cavité abdominale un épanchement sanguin très abondant, mêlé à des matières intestinales épanchées et septiques; pourtant, dans un de ces cas, l'opération fut pratiquée une heure après la blessure. Dans un de ces cas, je laissai passer inaperçue une plaie de l'estomac.

Dans le quatrième, les accidents péritonéaux commençaient seulement à se montrer dix heures après l'accident; il n'y avait pas d'épanchement sanguin, mais seulement un peu de sérosité trouble dans la cavité abdominale, quoique l'intestin grêle et le cæcum eussent été perforés de part en part. Le malade guérit, et l'observation a été communiquée au Congrès français de chirurgie en 1891.

Ainsi, deux plaies par balle de revolver de l'estomac m'ont donné

deux guérisons sans intervention; deux plaies du gros intestin seul m'ont donné deux guérisons, l'une après la laparotomie, l'autre sans opération; enfin quatre cas de plaies multiples de l'intestin grêle, traitées par la laparotomie, m'ont donné un succès et trois morts.

Les *conditions* qui paraissent donc avoir le plus d'influence sur la gravité de ces blessures et sur le pronostic qui en dépend sont :

(*a*) La *nature* de l'organe blessé; les plaies de l'estomac, celles du gros intestin, quand ces parties sont seules atteintes, paraissent en général bien moins graves; c'est ce qui ressort d'un très grand nombre d'observations. Les plaies, et surtout les plaies multiples de l'intestin grêle, ont une gravité infiniment plus grande.

(*b*) L'existence d'un épanchement sanguin abondant dans la cavité péritonéale, épanchement qui, mélangé aux matières intestinales sorties des plaies, porte et diffuse au loin l'infection septique dans la séreuse, et qui agit en outre en produisant le collapsus, l'état de choc qu'on observe si fréquemment dans des cas de ce genre et qui constitue la condition la plus défavorable à l'opération.

(*c*) Notons enfin la date de l'intervention, qui a d'autant plus de chances de succès qu'elle peut être pratiquée plus près du début des accidents, ou même avant l'explosion de ceux-ci.

Je n'ai pas la prétention d'appuyer sur des chiffres encore si faibles les règles d'une intervention dont le mode et le temps opportun sont actuellement à l'étude ; mais comme il faut en pareille matière adopter une ligne de conduite si l'on ne veut s'exposer à agir au hasard, voici la pratique que j'ai adoptée pour ma part, sauf à la modifier dans la suite suivant les données qui résulteront des observations nouvelles :

I. — Dans tous les cas de plaie pénétrante de l'abdomen toute récente, prouvée par des caractères certains ou tout au moins très probables, même en l'absence d'accidents urgents, je suis de plus en plus porté à intervenir : je crois qu'il faut s'assurer, par une laparotomie exploratrice, de l'existence et de l'étendue des lésions des organes contenus dans l'abdomen, pour prévenir quand on le peut le développement des accidents eux-mêmes.

II. — Quand plusieurs heures se sont écoulées depuis la blessure, et que l'absence de symptômes abdominaux et de phénomènes généraux inquiétants permet d'espérer l'évolution spontanée vers la guérison, je crois devoir m'abstenir en surveillant le malade de très près, pour procéder sans retard à l'opération dès l'apparition des premiers symptômes alarmants s'ils se présentent. L'abstention est d'autant plus formellement indiquée qu'un temps plus

long s'est écoulé depuis la blessure sans amener d'accidents, et qu'on a quelque présomption de croire que l'estomac seul ou le gros intestin se trouvent intéressés.

III. — Il faut, bien entendu, pratiquer la laparotomie dans tous les cas d'accidents déclarés, à quelque époque que ce soit, à la suite des plaies pénétrantes de l'abdomen, puisque seule elle peut donner le moyen d'arrêter la marche de l'infection péritonéale, quoique l'opération, dans ces conditions, ne donne le plus souvent que des résultats défavorables.

IV. — Je ne crois pas qu'il faille faire de distinction, au point de vue de l'intervention, entre les plaies pénétrantes de l'abdomen qui résultent de coups de couteau et les plaies par balles de revolver.

Discussion.

M. Verneuil. L'intéressante communication de M. Berger démontre une fois de plus la différence extrême que présentent sous le rapport du pronostic les plaies par petits projectiles, suivant qu'elles intéressent l'estomac ou l'intestin. Mon expérience, que le hasard d'ailleurs a faite très restreinte, m'a conduit aux mêmes conclusions. Ainsi j'ai communiqué au dernier congrès français de chirurgie l'observation d'une plaie pénétrante de l'estomac par projectile de revolver de sept millimètres, laquelle a guéri très facilement et sans accidents sérieux; en revanche j'ai vu mourir très rapidement un jeune homme dont voici l'histoire résumée :

Un garçon de 16 ans, d'excellente santé et de belle constitution, saisissant maladroitement une carabine Flobert chargée à plomb, reçut le coup presque à bout portant à l'union de l'hypogastre et de l'ombilic, non loin de la ligne médiane.

La charge n'avait pas fait balle et la surface perforée par les plombs présentait un diamètre de près de quatre centimètres. Le blessé, couché sur-le-champ, reçut bientôt après les soins de deux médecins qui prescrivirent de l'opium, appliquèrent un pansement phéniqué, mais n'osèrent point intervenir plus activement.

L'accident avait eu lieu à six heures du soir, le sujet n'avait rien pris depuis le déjeuner ; la nuit se passa assez bien, l'opium aidant. Le lendemain matin quelques douleurs abdominales survinrent, accompagnées de nausées sans vomissements; on me fit mander par télégraphe. Je pris le train express du soir qui m'amena à cinq heures du matin auprès du blessé, lequel venait de mourir deux heures auparavant, exactement trente-deux heures après la blessure.

D'après les renseignements qui me furent fournis la journée avait été assez calme. Mais le soir arrivant les douleurs et l'agitation avaient paru, bientôt suivis d'un état comateux qui dura jusqu'à la mort. Le pouls avait toujours été petit et la température basse. Il semble que le blessé avait succombé à une sorte de septicémie plutôt qu'à la péritonite.

J'examinai extérieurement le ventre, qui n'était nullement ballonné et plutôt légèrement rétracté. Les petites plaies, qui n'avaient point fourni de sang, étaient obstruées par des croûtes minces. Je ne pus m'assurer si elles étaient pénétrantes, car l'autopsie ne fut pas permise par le père, plongé dans le désespoir. Il eût été bien intéressant de savoir quels dégâts avaient causé les projectiles multiples, et en combien de points l'intestin avait été perforé. Je ne sais si on a déjà observé les effets des grains de plomb et s'ils diffèrent de ceux que produisent les petites balles de revolver, et je regrette de n'avoir pu mettre à profit le cas susdit pour éclaircir ce point d'anatomie pathologique.

L'issue très rapidement funeste et la nature des accidents mortels font supposer que l'intervention immédiate n'aurait pas donné de meilleurs résultats que l'abstention. En ce qui concerne la conduite des premiers médecins appelés, elle ne saurait être incriminée ; car nos confrères avouèrent d'ailleurs en toute sincérité qu'ils ne se croyaient pas en état d'entreprendre une opération délicate, difficile, périlleuse entre toutes, et qui n'a chance de réussir que si elle est irréprochablement pratiquée avec toutes les ressources et tous les perfectionnements de la pratique moderne. Ils avaient cru mieux faire en appelant un chirurgien de profession, et en vérité je ne crois pas qu'on les puisse blâmer.

L'exemple suivant montrera d'ailleurs ce qu'est la chirurgie abdominale et quels résultats elle peut donner quand on est dépourvu de ce qui peut en assurer le succès.

Plaie pénétrante de l'abdomen. Blessure de l'intestin grêle, visible à l'extérieur ; blessure du cæcum méconnue. Hémorrhagie interne ; mort de septicémie au bout de trente-trois heures. Autopsie.

Le dimanche 9 août dernier, étant en villégiature dans une petite ville de province, je fus réveillé à dix heures du soir par deux médecins qui venaient me demander conseil et assistance pour un cas urgent. Quelques instants auparavant deux cuisiniers s'étant pris de querelle, l'un d'eux, saisissant un couteau à lame triangulaire mesurant au moins trente centimètres de longueur, l'avait plongé dans le ventre de son adversaire, qui tomba sur place dans les bras des assistants. Ceux-ci ayant détaché rapidement le tablier et le pantalon en coutil, puis relevé la chemise, découvrirent à la paroi abdominale une

large plaie par laquelle s'était engagée déjà une anse d'intestin. Pour arrêter l'issue toujours croissante de ce dernier, ils avaient pris une serviette pliée en cravate et imbibée d'eau fraîche qu'ils avaient nouée autour du corps en manière de ceinture; puis on avait étendu sur trois chaises le blessé après lui avoir fait boire deux ou trois verres d'eau-de-vie sous prétexte de le ranimer.

Rendus auprès do ce malheureux une demi-heure à peine après l'accident, nous jugions prudent de lui faire quitter l'atmosphère brûlante et infectée de la cuisine et de le faire transporter au petit hôpital de la ville ; trente et quelques minutes après il était installé dans une salle isolée, couché sur un bon lit, et nous étions réunis tous trois à son chevet.

C'était un superbe garçon de 24 ans, de haute taille, de vigoureuse constitution et doué d'un embonpoint très prononcé ; malgré sa profession il était notoirement sobre, ne présentait aucun indice d'ivresse et n'avait pas mangé depuis au moins huit heures quand il avait été blessé. Nous le trouvons très pâle, très affaissé, ne proférant aucune plainte et répondant à peine à nos questions; la peau était plutôt froide et le pouls misérable ; un vomissement avait eu lieu pendant le transport à l'hôpital.

La serviette entourant l'abdomen ayant été enlevée, nous vîmes à la partie supérieure et latérale droite de l'abdomen, un peu au-dessous de l'ombilic, une plaie pénétrante de quatre centimètres, à bords nets, donnant issue à une anse d'intestin grêle de trente-cinq à quarante centimètres, régulièrement étalée en cercle sur la peau et masquant tout d'abord la plaie de la paroi. A la partie supérieure et sur la convexité de l'anse existait une plaie de 15 à 16 millimètres, taillée à pic, béante et donnant issue à une petite quantité de matières fécales demi-liquides ; l'intestin du reste était vide, sans autre lésion et même sans souillure, sauf au voisinage de la plaie.

L'hémorragie tout à fait insignifiante en apparence avait complètement cessé. L'indication paraissait formelle : la plaie intestinale étant de petite dimension devait être suturée, puis réduite, après quoi la plaie abdominale devait être fermée à son tour; malheureusement une première difficulté se présenta : nous n'avions à notre disposition aucune aiguille à suture, et à supposer que nous ayons utilisé une aiguille ordinaire, nous n'avions pas davantage de fil ni de soie stérilisés, ni de catgut ; c'est pourquoi nous nous bornâmes à la série des actes suivants :

Isolement de l'intestin hernié et de la paroi abdominale à l'aide d'une couche d'ouate trempée dans l'eau phéniquée.

Nettoyage doux, mais aussi complet que possible, de l'intestin et du mésentère.

Fermeture provisoire de la plaie intestinale avec une pince hémostatique pour empêcher l'issue nouvelle de matières intestinales.

Passage à travers les deux lèvres de cette plaie, à l'aide de l'aiguille droite de Reverdin (seul instrument à notre disposition), de quatre fils de soie qui servirent à former huit anses, quatre en haut, quatre en

bas, au moyen desquelles nous fixâmes chaque lèvre de la plaie intestinale sur la lèvre correspondante de la plaie abdominale, de façon à établir ainsi un petit anus contre nature, dont la guérison, si elle ne s'était pas effectuée spontanément, eût été facilement obtenue plus tard.

Naturellement nous avions réduit lentement et progressivement l'anse herniée dans l'abdomen avant de fixer l'intestin à la peau, manœuvre qui, soit dit en passant, avait été assez laborieuse, ce dont nous eûmes plus tard l'explication.

Fermeture du reste de la plaie abdominale au-dessus et au-dessous de l'anus artificiel par quatre points de suture, comprenant exclusivement, et pour cause, la peau et la couche sous-cutanée dans l'épaisseur d'un centimètre au plus. En effet une nouvelle difficulté se présentait. Le sujet, comme je l'ai dit plus haut, était gras. Sa paroi abdominale, toutes les couches comprises, n'avait guère moins de cinq centimètres d'épaisseur et était très consistante. Impossible donc avec l'aiguille droite de Reverdin de traverser les deux bords de la plaie et par conséquent de réunir les couches profondes. En cas de guérison il eût fallu remédier par une opération complémentaire à l'éventration inévitable.

Les sutures placées, nous appliquâmes un pansement antiseptique passable avec la poudre d'iodoforme, la gaze iodoformée, une épaisse couche d'ouate et un bandage de corps.

Prescription pour la nuit : glace en fragments, pilules d'extrait thébaïque, diète absolue.

Malgré la faiblesse du blessé, nous avions administré le chloroforme, qui avait amené très rapidement, et à très faibles doses, un sommeil tranquille et une immobilité absolue.

On comprend que la simplicité des lésions accessibles à l'œil ne nous assurait nullement contre l'existence de blessures profondes, eu égard surtout aux dimensions de l'instrument vulnérant, à la profondeur à laquelle il avait pénétré (la lame retirée du ventre était tachée de sang dans l'étendue de près de 15 centimètres), à la largeur de la plaie pariétale et aux symptômes de dépression, faisant naturellement songer à une hémorrhagie interne; aussi restâmes-nous quelque temps à nous demander si nous devions, oui ou non, ouvrir plus largement le ventre pour inspecter les régions profondes et le reste de l'intestin.

En ce qui touche l'hémorrhagie, nous en rejetâmes l'idée, parce que l'écoulement sanguin primitif avait été presque nul, et qu'en second lieu, lorsque nous avions exploré avec le doigt la plaie abdominale, puis manœuvré pour réduire l'anse herniée, il ne s'était pas écoulé une seule goutte de sang.

Quant à dévider l'intestin, comme on l'a recommandé et fait en certains cas, nous n'y songeâmes point, étant donné l'état de prostration et de faiblesse du blessé, son hypothermie évidente, condition redoutable et qui rend si funestes les séances opératoires prolongées, et aussi, comme je l'ai dit plus haut, l'insuffisance de notre outillage, qui, une lésion profonde étant constatée, ne nous aurait pas permis de la traiter convenablement.

Pour tous ces motifs, nous n'allâmes pas plus loin. L'événement a démontré que nous n'aurions pas été plus heureux si nous avions été plus entreprenant.

Pendant le reste de la nuit, le malade se plaint au niveau de la blessure de douleurs assez vives qui se dissipent le matin, mais sont remplacées, surtout au niveau de l'épigastre, par une sensation très pénible de distension, avec deux ou trois vomissements peu abondants, du reste, et composés de matières alimentaires non digérées. 12 centigrammes d'opium ont été administrés.

A 11 heures, le malade se trouve assez bien, il a toute sa connaissance et demande à manger. La respiration est gênée par la distension du ventre, lequel est peu sensible à la pression.

Pouls toujours faible à 100 pulsations environ. Température 37°,2. Chaleur de la peau normale. Urines claires, assez rares, rendues sans difficulté ; pas de garde-robes, émission de quelques gaz et d'un peu de matières fécales par l'anus artificiel. On continue la diète, et pour calmer la soif assez vive on fait boire de la limonade glacee par petites tasses.

Vers 4 heures, l'état est le même, le blessé cause tranquillement avec son patron et s'endort; la température est à 37°,4.

Le soir, le ballonnement du ventre est excessif et l'adynamie se prononce de plus en plus, l'agonie commence à minuit et la mort arrive à 7 heures du matin, trente-trois heures après la blessure.

Autopsie le mercredi, à 5 heures du soir. — Décomposition cadavérique très avancee ; larges plaques noirâtres quasi sphacélées au niveau de la paroi abdominale, du scrotum et de la partie supérieure des cuisses. La plaie cutanée reste affrontée par les quatre points de suture, sauf à la partie moyenne, où siège le petit anus contre nature. Les sutures enlevées et la plaie entr'ouverte, on retrouve dans le tissu cellulaire sous-cutané une notable partie de l'anse intestinale herniée qui a déjà contracté quelques adhérences.

Une grande incision en forme de fer à cheval, à convexité inférieure tangente au pubis, détache la paroi abdominale antérieure qu'on relève jusqu'au thorax, ce qui découvre la face antérieure de la masse intestinale. Cette ouverture du ventre ne donne issue à aucun gaz fétide, à aucun liquide séreux ni sanguin; point davantage de fausses membranes, ni trace quelconque de matières intestinales dans la région répondant à la blessure de l'intestin grêle. Le péritoine pariétal et viscéral est finement injecté et un peu poisseux, mais il n'y a point encore péritonite évidente.

Les intestins grêle et gros sont fortement distendus par des gaz; ils sont recouverts par le grand épiploon, tendu à la manière d'une nappe, du côlon transverse à la cavité du petit bassin, où il est fixé solidement par des adhérences anciennes. Cet épiploon, considérablement épaissi, induré et friable, présente tous les caractères d'une inflammation chronique déjà ancienne, il n'adhère d'ailleurs ni au péritoine pariétal, ni aux anses intestinales sous-jacentes, mais seulement par son bord inférieur au fond du cul-de-sac péritonéal pubio-vésical.

Il présente, au voisinage de l'ombilic, une plaie en boutonnière de même dimension que celle de la paroi abdominale et qui donne encore passage à l'anse d'intestin grêle blessée. Cette boutonnière, sans étrangler à proprement parler l'intestin, l'étreint cependant assez étroitement, d'où la difficulté à réduire l'anse dont la majeure partie restait enfermée entre la face profonde de la paroi abdominale et la face superficielle du tablier épiploïque.

Sous l'épiploon se trouve l'intestin grêle tout à fait sain, sauf la blessure décrite plus haut, et qui, soulevé à son tour et porté à gauche, laisse constater une série de lésions très importantes :

1° La cavité du petit bassin et l'hypogastre sont remplis de sang noir, fluide, dont la quantité peut être évaluée pour le moins à 500 ou 600 grammes;

2° Le cæcum fortement distendu est comme englobé dans une masse de sang coagulé représentant de son côté environ 300 grammes;

3° Les caillots faiblement adhérents et peu consistants sont alors détachés avec précaution; l'ablation de l'un d'eux permet l'issue de gaz suivi de l'affaissement immédiat du cæcum, auparavant distendu;

4° Ces gaz sortent par une plaie de 2 centimètres, siégeant à la face antérieure du cæcum, tout près de sa terminaison et à droite de l'insertion de l'appendice vermiforme;

5° Les bords de cette plaie étaient maintenus en contact par le caillot extérieur, et c'est seulement après l'enlèvement de celui-ci et l'introduction du bout de l'index dans l'ouverture intestinale qu'on voit apparaître une petite quantité de matières fécales demi-liquides;

6° La cavité même du cæcum renfermait fort peu de ces matières et à peine quelques grammes de sang, celui-ci s'étant épanché surtout dans la cavité du péritoine. Le cæcum ne présentait que cette plaie, sa paroi postérieure n'ayant pas été atteinte.

Il ne fut pas possible de découvrir quel vaisseau avait fourni le sang, qui était sorti certainement de la paroi intestinale elle-même.

Ces diverses constatations anatomiques rendent aisément compte de la nature et de la marche de la blessure aussi bien que de la terminaison et de ses causes.

Le couteau, plongé d'avant en arrière, de haut en bas, de dedans en dehors, a traversé presque perpendiculairement la paroi du ventre, blessé en passant la convexité d'une anse d'intestin grêle et, continuant sa course vers la profondeur, ouvert largement le cæcum, distendu comme d'ordinaire par des gaz.

L'instrument vulnérant retiré de la plaie, l'anse d'intestin grêle blessée s'est immédiatement échappée au dehors, tandis que l'épiploon et les anses intestinales restés dans le ventre ont continué à recouvrir le cæcum et sa plaie, de façon que le sang issu de cette dernière s'est entièrement et exclusivement répandu dans le bassin sans qu'il en parût une seule goutte au dehors.

Les matières fécales ne se sont épanchées dans le péritoine par aucune des deux plaies intestinales, malgré les dimensions assez grandes qu'elles présentaient. En revanche, tout porte à croire que les

gaz et les microbes intestinaux sont sortis, temporairement au moins, par la plaie cæcale, infectant à la fois la séreuse et le sang accumulé dans le bassin.

En rapprochant les détails anatomiques de la marche rapide du mal, de la basse température, des symptômes d'adynamie et de la prompte décomposition cadavérique, je conclus que la mort n'a été causée ni par la péritonite classique, ni directement par l'hémorrhagie, mais par une septicémie aiguë partie du péritoine et provenant du mélange, dans cette cavité, du sang et des microbes intestinaux [1].

Cette autopsie explique l'insuccès de notre intervention, dû à la fois à l'imperfection du diagnostic et à l'insuffisance des moyens mis en usage. Sans chercher à me justifier de cette double faute, il me sera néanmoins permis de dire qu'au cas même où j'aurais reconnu la plaie du cæcum et l'épanchement sanguin qui remplissait le petit bassin et la fosse iliaque droite, il eût été bien malaisé d'y porter remède. En effet, la plaie cæcale, après affaissement de l'intestin, était au moins à 10 centimètres de la paroi abdominale antérieure, ce qui aurait empêché de l'attirer jusque-là et de l'y fixer; d'autre part, comme je l'ai dit plus haut, je n'avais rien pour faire une bonne suture perdue. J'aurais pu sans doute enlever le sang épanché dans le bassin et faire la toilette du péritoine; mais j'aurais eu peu de chances de désinfecter complètement la séreuse, car si le sang pur n'est pas très toxique, il n'en est pas de même quand il est mélangé avec les matières intestinales.

Bref, je crois que, dans les mauvaises conditions où nous étions placés, un revers était inévitable.

Encore quelques mots : M. Berger, vu la gravité si différente des plaies de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin, voudrait qu'en ce qui concerne le pronostic et le traitement des blessures de l'abdomen on tînt surtout compte du siège de la blessure et de l'organe blessé. Or, non seulement j'adhère à cette demande, mais j'estime qu'on peut même aller plus loin et attribuer, dans l'évolution ultérieure et la terminaison des traumas du ventre, un rôle prépondérant au contenu chimique et microbique des divers segments du tube digestif et à l'action de ce contenu sur le péritoine, des lésions duquel dépend d'ordinaire la mort. En d'autres termes, et jusqu'à ce que des expériences directes aient résolu la question dans un sens ou dans l'autre, il me paraît logique d'admettre que la nature des matières versées dans la grande séreuse par l'estomac ou les intestins en état de vacuité ou de plénitude, de repos ou d'activité, constitue le facteur principal du pronostic.

M. Reclus. Depuis notre dernière séance du mois de juillet, j'ai recueilli quelques nouveaux faits, que je ne puis vous donner

[1] J'ai bien regretté de ne pouvoir examiner le mélange susdit par les procédés bactériologiques.

aujourd'hui que d'une façon très incomplète. Voici d'abord une brève observation qui m'est adressée par le Dr Maubrac, médecin militaire :

Un Arabe, à jeun depuis longtemps, — il n'avait mangé qu'une galette depuis quatre jours, — est atteint à la distance de 100 mètres environ par une balle de fusil Gras, modèle 1886. C'est en se sauvant, courant, qu'il fut frappé dans la fosse iliaque externe gauche, et la balle sortit par la paroi abdominale, au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Plaie peu profonde, ayant tout au plus éraflé l'S iliaque.

Le quatrième jour, lorsque j'ai vu le malade, aucun signe de perforation ; mais dès le sixième ou le septième jour du gaz s'échappe par les orifices d'entrée et de sortie, et bientôt des matières fécales.

La plaie d'entrée, malgré l'issue d'esquilles nombreuses, guérit lentement mais complètement, un anus contre nature s'établit et deux mois après était transformé en simple fistule stercorale.

J'ai appris qu'une tentative de cure de cette fistule avait été faite, mais je n'ai pu connaître le résultat de l'opération.

Il est à remarquer que le malade était à jeun, état particulièrement favorable à l'évolution heureuse de la plaie intestinale.

Voilà donc un fait où une plaie abdominale très grave a guéri par l'abstention pure et simple. M. Levassor, un de mes anciens élèves, m'annonce de son côté quatre observations de plaies pénétrantes guéries dans les mêmes conditions.

Je désire maintenant faire quelques remarques sur deux ou trois propositions qui ont été émises.

Les matières, ont dit nos collègues, varient beaucoup dans leur toxicité, suivant la partie de l'intestin blessée ; c'est là un fait qui me paraît absolument démontré, et sur lequel j'ai fait des expériences concluantes.

M. Verneuil nous a dit que, chez le second blessé, l'anse intestinale était affaissée « parce qu'elle était ouverte ». Ce fait n'est pas constant. J'ai communiqué ici-même l'histoire d'un souteneur dont l'intestin hernié portait une petite plaie, mais si bien fermée par un bouchon muqueux qu'il ne se vidait pas par la pression des doigts. Ces bouchons muqueux existent, on en a vu, et ils peuvent être efficaces pour empêcher l'issue des matières.

J'ai vu dans ce cas une masse intestinale étalée au dehors, congestionnée, salie et tellement incrustée par des débris de toutes sortes qu'elle représentait un « intestin de carton » ; sous un jet d'eau à 50°, elle s'est décongestionnée à vue d'œil, est devenue souple, si bien que j'ai pu faire ma suture et réduire. Le malade a été en danger pendant deux jours, mais il a guéri.

M. Verneuil nous a dit qu'il considérait le choc traumatique

comme une contre-indication opératoire. J'avoue que j'y vois au contraire l'indication la plus précise de l'intervention ; car je sais, pour avoir compulsé un grand nombre d'observations, que le choc est presque toujours dû à une hémorrhagie, et que, par suite, la laparotomie est urgente.

Je voudrais bien me rallier aux conclusions si sages et si cliniques de M. Berger quand il fait le départ entre les plaies des diverses parties de l'intestin, quand il montre la valeur de l'intervention précoce, etc. Cependant, je ne puis me joindre à lui complètement, car la statistique ne lui donne pas tout à fait raison. En effet, les laparotomies précoces ont encore une mortalité de 57 0/0 ; l'abstention, au contraire, a une mortalité moindre. Je ne puis donc, à l'heure actuelle, m'empêcher de préférer encore l'abstention, quand il n'y a pas de symptômes et même dans les premières heures après la blessure.

M. Routier. Le 11 novembre 1890, j'étais appelé à l'hôpital Tenon pour un enfant de onze ans qui, à trois heures de l'après-midi, s'était blessé avec une canne-fusil chargée de petit plomb appelé cendrée, et qu'il s'était tirée à bout portant dans l'abdomen.

La blessure, noircie tout autour par la poudre, siégeait à deux travers de doigt à gauche et au-dessus de l'ombilic, et laissait passer un gros bouchon épiploïque.

A 8 heures et demie du soir, quand je vis l'enfant, cinq heures après l'accident, il ne présentait aucun symptôme alarmant ; il avait seulement très soif ; on lui avait donné deux fois à boire avant son entrée, et il avait vomi sa boisson.

Je crus devoir intervenir, car la charge, c'était à craindre, avait dû faire balle et blesser quelque autre viscère que l'épiploon.

Je débridai la plaie par en haut et par en bas, ce qui la fit ressembler à l'incision classique de la gastrostomie ; je liai l'épiploon hernié et rentrai le moignon.

L'hémorrhagie intra-péritonéale était abondante et me parut provenir d'une plaie de l'estomac siégeant très près du bord convexe, ayant intéressé des vaisseaux volumineux.

Je nettoyai l'abdomen de mon mieux, et comme, outre le sang, il y avait quelques parcelles alimentaires, je fis un lavage.

Je cherchai avec soin pour voir s'il n'y avait pas d'autre plaie viscérale ; je n'en trouvai pas.

La plaie stomacale saignait toujours ; d'autre part, ce qui m'était offert pour pratiquer la suture de la plaie stomacale ne me satisfaisait pas. Je crus tourner la difficulté en établissant une bouche stomacale, en fixant les bords de la plaie de l'estomac aux bords de la plaie abdominale.

A minuit, le délire s'établissait avec 125 pulsations et 39°,7 ; le lendemain soir à 9 heures, vingt-quatre heures après mon intervention, l'enfant mourait. L'autopsie montra qu'il y avait des lésions multiples.

La cavité péritonéale contenait du liquide rougeâtre avec des parcelles alimentaires et des matières fécales.

L'estomac avait été percé de part en part, je n'avais pas trouvé la plaie postérieure. Les plombs, faisant balle, avaient perforé cette paroi postérieure, traversé l'arrière-cavité des épiploons et une anse d'intestin grêle, puis étaient tombés, avec la bourre de la cartouche et un fragment de vêtement, dans l'hypochondre gauche.

La plaie de la face antérieure de l'estomac, que j'avais fixée à la paroi, était voisine du pylore ; la plaie de la face postérieure était sur la partie moyenne, déchiquetée et large comme une pièce de 1 franc.

L'anse perforée de part en part faisait immédiatement suite au duodénum et n'aurait pu être vue sans sortir au préalable tout le paquet intestinal de la cavité abdominale. Il est remarquable de voir que, cinq heures après un pareil traumatisme, alors que la cavité péritonéale était déjà souillée par le sang et les matières fécales, il n'y avait pas eu l'ombre de réaction; celle-ci n'a commencé à se produire que neuf heures après l'accident, quatre heures après mon intervention.

Dans le cas particulier, il y a lieu de croire que la mort serait certainement survenue si on avait pratiqué l'abstention la plus complète ; il est aussi pénible d'avouer qu'une intervention complète m'a été impossible, que dans tous les cas elle aurait été des plus laborieuses et aurait nécessité de bien grandes manipulations dans un péritoine qu'avaient touché les matières intestinales.

M. Peyrot. J'ai entendu avec beaucoup de plaisir la communication de M. Berger. Pour n'être pas aussi précis que je le désirerais, son plan thérapeutique n'en est pas moins intéressant. Il serait bien à souhaiter que l'on pût établir d'une façon un peu nette les règles de l'intervention ou de l'abstention dans les plaies de l'abdomen. Actuellement, pour bien des cas, ces règles n'existent point, et le chirurgien ne se décide à prendre un parti qu'après de cruelles hésitations. Le fait tout récent que je vais vous rapporter brièvement me paraît à ce point de vue, comme à plusieurs autres, très intéressant. J'ai été appelé le 26 au soir à aller voir en province le fils d'un de nos confrères parisiens, qui avait reçu dans la matinée de ce même jour, à bout portant, une balle dans l'abdomen. Parti par le premier train du soir, je suis arrivé près du blessé le lendemain matin vers cinq heures. Notre

confrère de Reims, le docteur Doyen, m'avait précédé de quelques heures et m'attendait avec le médecin de la famille. Le blessé était un jeune garçon de 16 ans, vigoureux et bien constitué. Il avait reçu à bout portant une balle de carabine Flobert. Ce genre de projectile a dans la cartouche la forme d'une sphère de 9 millimètres de diamètre; mais il est forcé dans le canon et sort de l'arme sous la forme d'un cylindre coiffé de deux segments de sphère; il n'a plus alors que 7 millimètres environ de diamètre.

La blessure siégeait à deux travers de doigt de l'ombilic, à gauche de ce dernier. Elle présentait les signes d'une véritable contusion autour de l'orifice d'entrée de la balle. Tout indiquait que le coup avait frappé la paroi suivant la normale à la surface de l'abdomen. La force de pénétration de l'arme était considérable, puisqu'une planche de chêne de 1 centimètre et demi d'épaisseur était aisément traversée. Dans ces conditions, la pénétration de l'abdomen ne pouvait pas être douteuse. Dans l'exploration, d'ailleurs mesurée, que nous fîmes en passant la main derrière le dos du malade, nous ne déterminâmes aucune douleur localisée. Rien ne put nous démontrer que la balle était dans la paroi abdominale postérieure.

Au moment où nous l'examinions, dix-neuf heures après l'accident, le blessé était dans un état sérieux : température axillaire 38°,8, pouls 134. Ventre rétracté, dur; ni nausées, d'ailleurs, ni vomissements.

Notre perplexité était grande. Intervenir lorsque déjà probablement la péritonite était en pleine voie de développement, aller à la recherche de perforations intestinales vraisemblablement nombreuses, n'était-ce pas s'exposer à aggraver singulièrement un état déjà inquiétant?

D'autre part, n'était-ce pas abandonner le blessé à une mort certaine et prompte, que ne rien tenter? Nous agitâmes longtemps la question, M. Doyen et moi, reprenant tour à tour les raisons qui pouvaient nous faire pencher vers l'un ou vers l'autre parti. Je ne pus en fin de compte me décider à ouvrir le ventre tout de suite, et comme je devais rester quelques heures encore près du blessé, j'attendis. Or bientôt, à notre extrême surprise, la situation s'améliora.

Cinq heures après ma première visite, la température était descendue à 38°,3, le pouls ne battait plus que 115 fois; le jeune malade respirait librement.

Il me parut décidément préférable de laisser aller les choses. On décida donc de tenir le malade à la diète avec de la glace sur le ventre, de lui donner de l'opium à haute dose et de se borner à cela.

L'événement sembla justifier complètement cette conduite. Peu

à peu tous les symptômes s'améliorèrent, et à la fin de la semaine le malade semblait guéri. La petite plaie restait un peu douloureuse ; mais il n'y avait aucun trouble abdominal; quelques gaz avaient été rendus ; il n'y avait point eu de selles.

A partir du dimanche 4 octobre, de nouveaux accidents ont malheureusement paru. De nouveau la température s'est élevée, et elle a commencé à s'accroître d'une façon régulière, de deux à trois dixièmes de degré par jour ; le pouls a augmenté de fréquence d'une façon proportionnelle.

Tout d'abord on ne nota aucun phénomène du côté du ventre. Celui-ci était indolent et souple ; il n'y avait toujours ni nausées, ni vomissements. Notre pensée fut qu'il s'agissait d'une sorte d'empoisonnement stercoral. Cette idée, partagée par le médecin de la famille, conduisit à donner le mardi 6 octobre un laxatif qui fut renouvelé les jours suivants. Le rétablissement des selles n'amena aucune amélioration. Le 9 octobre, on nous signalait un empâtement douloureux au niveau de la fosse iliaque gauche. Nous pensions qu'il allait se faire un phlegmon dans cette région, et les symptômes d'infection s'aggravant rapidement, nous conseillâmes de faire revenir le Dr Doyen, qui, dans notre pensée, aurait à donner issue à une collection purulente.

Notre confrère se rendit près du blessé le 13. Une incision parallèle au ligament de Fallope lui permit d'explorer le tissu cellulaire sous-péritonéal de la région tuméfiée.

Il n'y trouva point de collection ; ouvrant alors le péritoine au même niveau il put constater l'existence d'une péritonite diffuse occupant tout le petit bassin, et donner issue à un verre d'un liquide louche fortement odorant.

Le blessé, qui au moment de l'intervention avait atteint la température de 40° dans l'aisselle, ne fut pas soulagé par elle et succomba le lendemain matin, 14 octobre, dix-huit jours après l'accident.

Je livre ce fait sans commentaires. Il est de nature à provoquer des réflexions sur lesquelles je ne puis insister aujourd'hui.

M. Berger. Je n'ajouterai qu'un mot pour insister sur la gravité des interventions tardives et sur la tendance que j'ai à opérer immédiatement quand je vois le blessé dans les premières heures, en l'absence de tout symptôme. L'intervention tardive, sans doute, n'est pas à rejeter ; il faut bien agir quand les symptômes graves sont déclarés, puisque c'est la seule chance de salut ; mais on ne doit pas compter sur le succès. Tous les blessés que j'ai opérés dans ces conditions-là ont succombé. Le doute est permis pour les cas récents, il n'y a pas de règle formelle ; mais il est certain

qu'en faisant une opération précoce on évite cet écueil de laisser passer le moment favorable et de perdre volontairement les chances de guérison qu'on peut avoir.

Présentation de malades.

1° *Résection partielle de l'ovaire et salpingorrhaphie,*

Par M. S. Pozzi.

J'ai tenu à présenter à la Société les deux malades dont je l'ai entretenue dans ses deux dernières séances. Les considérations théoriques qu'a fait valoir mon collègue Routier contre la résection partielle de l'ovaire scléro-kystique me paraissent devoir céder le pas devant les faits cliniques. Or, mes deux observations prouvent que des femmes souffrant horriblement d'ovarite chronique ont été délivrées complètement de leurs douleurs par une opération qui leur a laissé leur fécondité, ainsi que le prouve bien la conservation régulière de la menstruation. Cet heureux résultat est obtenu chez l'une depuis cinq mois et demi et chez l'autre depuis trois mois et demi. L'état général s'est, en outre, remarquablement amélioré.

La possibilité de la fécondation en pareil cas est démontrée par des observations déjà anciennes de Schrœder et d'autres plus récentes d'A. Martin [1]. La guérison est assurément aussi complète chez mes opérées que si elles avaient été entièrement châtrées. Sera-t-elle aussi durable ? L'évolution de l'ovarite scléro-kystique est-elle fatale, envahira-t-elle plus tard les portions restées saines au moment de l'opération ? L'expérience seule nous le dira, mais je ne vois pas sur quelle base solide on se fonderait auparavant pour être aussi pessimiste. En mettant les choses au pire, si l'on est forcé de faire plus tard une seconde laparotomie, elle sera sans gravité comme la première et l'éventualité d'une grossesse préalable vaut bien la peine qu'on s'y expose ; notons qu'il s'agit de femmes jeunes et désireuses d'avoir des enfants.

La résection de l'ovaire a surtout été faite jusqu'ici par Schrœder, A. Martin, Skutsh, Zweifel, pour des cas où l'organe était partiellement envahi par des kystes dermoïdes, de gros kystes folliculaires ou des kystes proligères (épithéliomes mucoïdes). L'altération scléro-kystique partielle me paraît créer une nouvelle indication

[1] Schrœder, *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, Bd XI, p. 360. — A. Martin, *Centr. f. Gyn.*, 1891, p. 516.

tout aussi bonne pour cette méthode conservatrice. Certes on n'en trouvera que rarement l'application, puisque sur un nombre considérable déjà de laparotomies faites pour ces lésions, je n'en ai trouvé encore que deux fois l'indication. Mais ces faits me semblent assez encourageants pour être signalés.

L'intégrité du pavillon de la trompe, sa perméabilité, que l'on constate facilement avec un stylet, me paraissent une condition indispensable pour que cette opération conservatrice ait des chances de succès. Je n'attache que peu de foi aux tentatives de rétablissement de la perméabilité du conduit tubaire, ce que Skutsh a appelé la *salpingostomie* (de *stoma*, bouche) et qu'A. Martin qualifie de *résection de la trompe.*

En effet, il ne faut pas oublier que l'oviducte n'est pas un tube inerte ; que la progression de l'ovule dans son intérieur suppose la conservation des qualités directrices de l'épithélium vibratile qui la tapisse et des fibres musculaires lisses qui entrent en abondance dans la texture de ses parois.

Or, quand la trompe présente des signes d'inflammation ancienne assez intense pour l'avoir transformée en kyste séreux ou même seulement pour avoir altéré l'épaisseur de ses tuniques et oblitéré son pavillon, n'est-il pas évident que sa structure, partant ses fonctions physiologiques, sont profondément compromises? N'est-ce pas, dès lors, se bercer d'une illusion que de compter sur ce conduit inerte, et susceptible de s'oblitérer après qu'on a artificiellement rétabli son calibre, pour amener, comme à l'état normal, un ovule dans l'utérus ?

L'intégrité de la trompe est donc à mes yeux la condition *sine qua non* d'une castration partielle. Il est toujours très facile (plus encore qu'on ne le croirait avant de l'avoir tenté) de faire pénétrer rapidement un stylet de trousse entre les franges du pavillon et de lui faire parcourir le canal de l'oviducte, quand celui-ci est normal. Si je repousse la résection de la trompe malade, je considère parfois comme très utile la suture de la trompe saine, mais égarée, pour ainsi dire, loin de l'ovaire. Si on trouve qu'elle est luxée sur le côté ou prolabée dans le cul-de-sac de Douglas et adhérente, tout en étant restée saine et perméable, on fera bien, après l'avoir libérée et ramenée au niveau de l'ovaire réséqué, de fixer son pavillon étalé sur le moignon ovarien. On empêchera ainsi une nouvelle disjonction de ces organes, dont le concours est indispensable pour que l'ovule puisse parvenir dans l'utérus. C'est la conduite que j'ai suivie dans ma seconde observation.

Enfin il me semble indispensable, pour juger cette opération nouvelle, de ne l'appliquer qu'à des cas où l'altération de l'ovaire sera l'unique élément pathologique. En l'utilisant pour des cas

complexes, où entreraient en jeu des éléments d'appréciation perturbateurs (ainsi que l'a fait, je crois, mon ami M. Routier) on s'expose à mal interpréter les échecs.

Voici les observations des deux malades que je vous présente :

Obs. I. — *Double ovarite scléro-kystique. Laparotomie, castration unilatérale; résection partielle de l'autre ovaire. Guérison avec conservation d'une menstruation régulière.*

(Observation recueillie par M. E. Baudron, interne du service.)

La nommée Cl... (Césarine), âgée de 26 ans, entre salle Pascal A, le 21 avril 1891, lit n° 20.

Elle a été réglée à 11 ans 1/2 d'une façon normale et régulière jusqu'à son mariage à 23 ans. Depuis lors, sans qu'il y ait eu infection soit puerpérale (la malade n'a jamais eu d'enfants) soit blennorrhagique, la malade a commencé à souffrir dans le bas-ventre. Ces douleurs s'exagéraient au moment des règles. Elles étaient parfois si violentes que la malade à plusieurs reprises a dû s'aliter. Dans l'intervalle de deux époques, elles étaient fort supportables. Elles étaient surtout vives dans la région de l'ovaire gauche. Depuis six mois environ, leucorrhée légère.

Examen. — Utérus petit en antéflexion; le cathétérisme indique 7 cent. 1/2. L'ovaire gauche, du volume d'un œuf de pigeon, est prolabé dans le cul-de-sac de Douglas; il est extrêmement douloureux. L'ovaire droit paraît du volume normal, mais il est très douloureux. Laparotomie le 7 mai 1891. Petite incision de 6 centimètres. Les deux trompes sont saines.

L'ovaire gauche, entièrement criblé de petits kystes, est enlevé avec la trompe correspondante. L'ovaire droit partiellement altéré est réséqué en partie. On enlève un segment longitudinal en forme de coin farci de petits kystes, et les deux valves du parenchyme sain sont suturées bord à bord par 7 points de catgut fin.

Les suites opératoires furent nulles.

Réunion par première intention. La malade se lève au vingt-et-unième jour et part guérie le 2 juin. Elle ne souffre plus au moment de sa sortie de l'hôpital.

Actuellement (15 octobre) alle est en parfaite santé et a considérablement engraissé.

Il est intéressant de donner quelques détails sur l'état de la menstruation :

La malade avait été réglée avec beaucoup de douleurs, le 1er mai, huit jours avant l'opération. Elle n'a pas présenté d'hémorrhagie post-opératoire, comme cela est si fréquent.

Le 15 juin seulement, réapparition des règles, qui durent deux ou trois jours, sont d'abondance normale et sans aucune douleur.

Le 10 juillet, le 5 août, le 2 septembre et le 1er octobre, les choses se sont passées de même.

Obs. II. — *Double ovarite scléro-kystique. Laparotomie, castration unilatérale, résection partielle de l'autre ovaire. Destruction des adhérences maintenant la trompe prolabée, et salpingorrhaphie. Guérison ; continuation de la menstruation régulière.*

(Observation recueillie par M. Albert Martin, interne du service.)

Marie C..., femme Vant..., âgée de 23 ans, entre à Pascal A, le 23 juin 1891, lit n° 15.

Réglée depuis l'âge de 14 ans d'une façon toujours régulière, cette malade n'a jamais eu de troubles de la menstruation. Elle n'accuse non plus aucune maladie antérieure.

Il y a cinq ans, elle a fait une fausse couche de trois mois, mais qui paraît, d'ailleurs, s'être bien passée. C'est cependant depuis cette époque qu'elle souffre de douleurs dans le ventre, plus accentuées du côté gauche. D'abord intermittentes et disparaissant quelquefois pendant deux ou trois mois, ces douleurs sont devenues plus fréquentes dans ces derniers temps, et c'est surtout depuis un an qu'elles sont plus vives, avec recrudescence au moment des règles et irradiations aux reins et dans la cuisse gauche.

Depuis cinq ans également, elle perd en blanc, et cette leucorrhée est plus abondante depuis un an. A l'examen, on constate que l'utérus est petit, en antécourbure très accusée, et qu'il est très mobile.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent l'ovaire doublé de volume et un petit kyste para-ovarien paraissant gros comme une amande. Du côté droit, l'ovaire petit est prolabé dans le cul-de-sac postérieur.

La pression sur l'ovaire gauche est particulièrement douloureuse. Dans le cul-de-sac postérieur on perçoit les ligaments utéro-sacrés faisant fortement saillie et limitant entre eux une sorte de boutonnière.

Laparotomie le 3 juillet 1891. Incision très petite, longue à peine de 4 à 5 centimètres.

A gauche, l'ovaire est adhérent au pelvis par de petits filaments très résistants, que M. Pozzi compare au tissu d'une toile d'araignée. Il rompt ces adhérences et enlève l'ovaire qui est scléro-kystique. La trompe qui est saine est aussi enlevée.

A droite, l'ovaire est également adhérent au pelvis par des filaments analogues à ceux de gauche. Après rupture de ces adhérences, M. Pozzi attire en dehors du ventre l'ovaire et la trompe. Il constate que l'ovaire est parsemé de kystes, mais sain dans sa majeure partie; il en résèque une portion longitudinale et en forme de tranche, puis il suture par un surjet de catgut les deux lambeaux de tissu ovarien conservé.

M. Pozzi avait constaté préalablement que la trompe était saine; mais elle était repliée en arrière et fixée par des adhérences. Après l'avoir dégagée et amenée dans la plaie on s'était assuré qu'elle n'é-

tait pas oblitérée; on avait pratiqué facilement le cathétérisme à l'aide d'un stylet. Après avoir réséqué l'ovaire, on étale le pavillon de la trompe sur le moignon et on l'y fixe par trois points de catgut.

M. Pozzi énuclée aussi avec facilité et simplement avec les doigts deux petits kystes séreux du volume d'une bille à jouer dans l'aileron de la trompe.

Suture ordinaire à 3 plans des parois abdominales. Les suites de l'opération sont des plus simples ; il n'y a pas la moindre réaction.

La malade est placée dans une chambre où se trouve déjà une autre opérée de pyosalpinx avec périsalpingite suppurée, qui a subi le tamponnement du péritoine et qui suppure. Il y a eu probablement un peu d'infection par contagion, car après l'ablation des fils, au bout de 8 jours, on constate la désunion des téguments et un peu de suppuration. Mais la plaie étant très petite, il est facile d'en rapprocher les 2 lèvres à l'aide d'un petit corset spécial au bout d'une dizaine de jours, et lorsque toute trace de pus a disparu. La malade sort de l'hôpital dans les premiers jours d'août, n'accusant plus aucuno douleur.

Actuellement (15 octobre) elle est en parfaite santé et ne souffre plus du tout ni pendant ses règles, ni dans l'intervalle. Elle a pris do l'embompoint et ses forces ont beaucoup augmenté. Voici la progression du poids de la malade depuis deux mois et demi où elle a commencé à se peser, afin de se rendre compte de l'augmentation qu'elle constatait depuis son opération :

19 août.	94 livres
7 septembre.	96 —
30 septembre.	98 —
12 octobre.	99 —

Quant à la menstruation, elle s'est montrée régulièrement et avec une abondance plus grande dans les deux derniers mois. Cette circonstance a coïncidé avec le relèvement de la nutrition générale.

Les dernières règles avant l'opération avaient eu lieu le 9 juin. Deux jours après l'opération, il s'est montré un écoulement sanguin qui répondait à la période menstruelle (5 juillet). Puis les époques sont revenues le 4 août, le 4 septembre, le 1er octobre.

Elles durent de trois à quatre jours et ne sont nullement douloureuses.

Le toucher vaginal combiné avec la palpation bi-manuelle réveille une très légère sensibilité à droite. A ce niveau on sent nettement la résistance formée par la petite masse tubo-ovarienne conservée.

2° *Gastrostomie.*

M. Reclus présente un homme de 33 ans, alcoolique, auquel M. Lafourcade, son interne, a fait une gastrostomie. Cet homme avait absorbé, le 15 mars dernier, une solution de soude au 6e. Accidents d'œsophagite aiguë avec brûlure au deuxième degré

de la bouche et de l'arrière-bouche. Impossibilité absolue de s'alimenter; diminution du poids (500 grammes par jour), dénutrition rapide. Cathétérisme de l'œsophage impossible.

Il y avait urgence; l'opération fut faite le 28 mai à la cocaïne. Petite ouverture stomacale; fixation très soignée de la muqueuse à la peau; *pas de sonde à demeure*. Alimentation en évitant toutes les substances azotées.

Il y a eu deux poussées d'érythème depuis l'opération. Le malade absorbe par jour 5 litres de lait, 6 œufs, 250 à 300 grammes de farine cuite. La santé générale laisse à désirer à cause de son état nerveux: alcoolisme ancien et morphiomanie depuis l'opération.

3° *Spina bifida. Kyste hydatique.*

M. Walther présente : 1° Un enfant atteint de spina bifida de la région sacrée, opération quatre heures après la naissance, guérison; 2° une malade opérée de kyste hydatique du foie par l'incision trans-pleurale avec résection d'une côte, et lit une note sur ces deux cas (M. Monod, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 21 octobre 1891.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Désormeaux, demandant à être élu membre honoraire;

3° Lettres de MM. Périer et Quénu, demandant un congé pen-

dant la durée du concours prosectorat de Clamart) dont ils sont juges;

4° Lettre de M. Routier, demandant un congé de quinze jours (service militaire);

5° Trois brochures de M. Nicaise, intitulées : *Anatomie pathologique de la luxation de l'épaule; — L'Enseignement de la médecine au moyen âge; — Physiologie de la voix, dilatation de la trachée chez les chanteurs;*

6° *Contusion de l'abdomen : ruptures du duodénum et de l'intestin grêle*, par M. Reboul (extrait du *Marseille médical*);

7° *Bulletin de la Société de médecine légale*, t. XI. Paris, 1890;

8° *Observation de calcul prostatique expulsé spontanément par le périnée*, par M. Lary [de Saint-Orens (Gers); M. Bazy, rapporteur];

9° *Statistique de l'hôpital de Berck*, par M. Calot (M. Berger, rapporteur).

M. le Président met aux voix la nomination de M. Schwartz comme délégué de la Société, pour toucher en son nom le legs de dix mille francs fait à la Société de chirurgie par Mme Hugnier.

Communication.

Pathogénie de l'hydrocèle congénitale,

Par M. Verneuil.

Tout le monde, en ce qui concerne cette pathogénie, est d'accord sur les points suivants :

Persistance d'un canal faisant communiquer la séreuse péritesticulaire et la séreuse péritonéale et permettant à la tumeur scrotale de disparaître ou de reparaître suivant que le liquide passe de la tunique vaginale dans le péritoine et réciproquement.

L'existence du canal de communication entre les deux séreuses constitue sans doute l'indispensable condition anatomique du développement de l'hydrocèle congénitale; mais cette condition peut rester fruste de longues années, sinon toute la vie, et n'entraîne point fatalement l'apparition du liquide dans la vaginale.

Ce dernier fait, qui caractérise seul l'affection qui nous occupe, résulte d'une hypersécrétion séreuse, anormale et morbide.

Nul doute qu'à titre de membranes séreuses, le péritoine et la

vaginale aient également qualité pour fournir l'hypersécrétion susdite, puisqu'on voit tous les jours l'hydrocèle vaginale vulgaire et l'ascite se développer isolément et en toute indépendance. Rien n'empêche non plus d'admettre *à priori* que le liquide, formé d'abord dans le diverticulum scrotal, le remplisse peu à peu de bas en haut pour se déverser dans le grand réservoir abdominal et qu'inversement un épanchement ascitique, trouvant un diverticule tout préparé, s'y engage. D'où, d'après leur origine, les variétés vagino-péritonéale et péritonéo-vaginale [1] de l'hydrocèle dite congénitale.

Ainsi sont légitimées les deux théories actuellement en présence et basées sur la différence de provenance primitive du fluide épanché; je n'en ferai point l'histoire, me contentant de dire que j'ai toujours penché vers l'origine péritonéale, qui me paraît applicable sinon à la totalité, au moins à la très grande majorité des faits. Dans ces derniers temps, deux jeunes auteurs, dans des articles fort bien faits, ont plaidé la même cause et conclu dans le même sens, à savoir : M. Jean-Louis Faure, aide d'anatomie de la Faculté, et M. Phocas [2], professeur agrégé à la Faculté de Lille [3].

Le hasard a mis sous mes yeux tout récemment un fait où la préexistence de l'ascite et la migration péritonéo-vaginale ultérieure du liquide sont tout à fait indéniables.

Monorchidie droite avec procidence d'une partie de l'épididyme à travers l'orifice cutané du canal inguinal. A 34 ans, développement rapide d'une hydrocèle dite congénitale distendant fortement la moitié droite du scrotum et facilement réductible. L'affection, attribuée à un effort, est due, en réalité, à l'issue du liquide d'une ascite symptomatique d'une cirrhose alcoolique ou syphilitique.

Au numéro 30 de la salle Saint-Landry est couché P..., grand garçon de 34 ans, de belle constitution, mais dont la santé est languissante depuis quelques mois. Il digère mal, maigrit un peu, se fatigue aisément et de temps à autre saigne du nez. Il y a sept semaines environ, ayant soulevé un fardeau assez pesant, il ressentit dans la moitié droite du scrotum une douleur suivie de gonflement notable.

La douleur se dissipa, mais l'augmentation de volume ne fit que s'accroître au point que le côté droit des bourses, jusque-là aplati, devint d'un tiers au moins plus gros que le gauche. Le patient toutefois remarqua bientôt que la tuméfaction, considérable le soir après une station prolongée, disparaissait à peu près complètement pendant la

[1] Dénomination que, soit dit en passant et conformément à l'avis de Chassaignac, je trouve préférable à celle d'*hydrocèle congénitale*, qui repose sur une équivoque.

[2] *Gaz. des hôp.*, 1889, p. 845.

[3] *Bulletin méd.*, 2 septembre 1891.

nuit, de sorte que le matin, les bourses avaient repris leur configuration et leurs dimensions anciennes. Sur ces entrefaites, P... entra dans mon service, uniquement préoccupé de la tumeur scrotale.

Dès la première exploration, nous fûmes fixé sur la nature de l'affection; il s'agissait d'une collection liquide inguino-scrotale facilement réductible par la pression et le décubitus dorsal. La réduction faite, on reconnaît sans peine un mince prolongement de l'épididyme ayant franchi l'anneau externe du canal inguinal et entraîné avec lui un prolongement de la séreuse péritonéale.

Quant à la pathogénie, elle était tout aussi simple à établir. Frappé du volume et de la forme générale de l'abdomen, et croyant d'abord à de la tympanite, je reconnus bien vite, par la percussion et la palpation, qu'il existait une ascite déjà considérable, dont la cause n'avait rien d'obscur, puisque l'examen de l'hypochondre droit et de l'épigastre montrait le foie débordant les fausses côtes de près de trois travers de doigt.

La teinte ictérique des conjonctives, la coloration des urines et la présence de l'acide rosacique dans leur dépôt complétaient le diagnostic de la lésion hépatique, laquelle pouvait être rapportée à l'alcoolisme ou à la vérole, le malade étant cuisinier et ayant eu dix ans auparavant un chancre, probablement infectant et d'ailleurs mal soigné.

Je ne crois pas que la valeur démonstrative de ce fait soit diminuée parce qu'il ne s'agissait pas ici d'une hydrocèle scrotale ordinaire, mais d'un cas de monorchidie. Maintes fois déjà, on a noté dans le cours de cette dernière affection l'accumulation du liquide dans le prolongement que le péritoine envoie autour du testicule ou de l'épididyme retenus dans le canal inguinal ou faiblement saillants en dehors de l'anneau externe. Or, les auteurs, je crois, ont reconnu ici une variété d'hydrocèle congénitale, mais non une affection distincte.

Discussion.

M. Bazy. J'ai observé un fait analogue à celui de M. Verneuil. C'était un homme qui avait de l'ascite depuis longtemps, et qui eut à un moment donné une tuméfaction du scrotum : je reconnus une hydrocèle congénitale. Le liquide avait pénétré dans le conduit péritonéo-vaginal quand la tension dans l'abdomen avait été suffisante.

M. Th. Anger. Je me rappelle un fait qui peut être rapproché des précédents, et qui me paraît assez rare. Il s'agit d'un enfant de huit à dix ans, qui portait un petit kyste transparent du cordon, au-dessus du testicule et indépendant de la vaginale. La petite tumeur disparaissait la nuit; le matin il n'y en avait pas trace, mais

le soir on la retrouvait; et cependant, par la pression des doigts, elle était irréductible. Il y avait certainement communication avec l'abdomen, puisque la tumeur disparaissait complètement lorsque l'enfant était couché; néanmoins, on ne la faisait pas rentrer et elle offrait tous les signes de l'hydrocèle enkystée du cordon. J'avoue n'avoir pas l'explication du fait.

M. Verneuil. Ce phénomène se retrouve quelquefois dans les hydrocèles congénitales; on ne peut les réduire avec les doigts, mais elles se réduisent d'elles-mêmes. Le taxis ne réussit pas, mais on observe la disparition lente et spontanée du liquide. Cela tient, sans doute, à la disposition du canal de communication, à ses sinuosités, à quelque repli valvulaire.

Communication.

Plaie pénétrante du thorax par balle de revolver. Perforation du poumon. Section de l'artère pulmonaire gauche. Hémothorax foudroyant. Mort immédiate,

Par le Dr Adrien Schmit, médecin major, membre correspondant de la Société de chirurgie.

Bien que les blessures par armes à feu des gros vaisseaux artériels ou veineux contenus dans la poitrine ne puissent donner lieu à aucune considération particulière au point de vue du pronostic et du traitement, puisqu'elles déterminent un hémothorax rapidement mortel, et au-dessus de toutes les ressources chirurgicales, j'ai pensé, néanmoins, que le cas de plaie pénétrante de poitrine par balle de revolver avec perforation du poumon et section de l'artère pulmonaire, que j'ai observé il y a quelques jours après un suicide, méritait, en raison de la rareté étiologique de la lésion vasculaire qu'il présentait et aussi de la rareté plus grande encore de sa constatation après autopsie, de fixer un instant l'attention de la Société de chirurgie.

Telle est brièvement la relation du fait qui est le sujet de cette courte communication.

Le lundi 5 octobre, vers six heures du matin, le soldat L..., du 20e train des équipages, ouvrier armurier, ennuyé depuis longtemps par des chagrins de famille, et ayant résolu d'en finir avec la vie, se rendit comme d'habitude à son atelier. Il prit un revolver d'ordonnance de gendarme, calibre 11 millimètres, qu'il avait réparé la veille et qu'il devait rendre le jour même à son propriétaire, le chargea de deux cartouches, appliqua à nu le canon de son arme un peu au-dessus du

mamelon gauche, et appuyé contre la porte qu'il avait eu soin de fermer, ou contre le mur, il lâcha la gâchette, sans doute de la main gauche. Le coup parti, L... eut encore la force d'ouvrir la porte, de sortir de son atelier, fit deux pas, poussa un seul cri et alla tomber dans les bras d'un de ses camarades qui accourait au bruit de la détonation. On vint me chercher en toute hâte; j'arrivai un quart d'heure à peine après le moment de l'accident; L... était déjà mort depuis dix minutes au moins. Je ne pus que constater le décès et me rendre compte de l'issue, par l'orifice d'entrée du projectile et par la bouche, d'une quantité considérable de sang spumeux, ainsi que d'un emphysème sous-cutané, occupant toute la partie antérieure et latérale de l'hémothorax gauche.

Autopsie. — L'autopsie, que je pratiquai le lendemain à l'hôpital militaire, avec le concours obligeant de mon collègue le Dr Bonnet, me fournit, au point de vue des désordres produits par le projectile et des causes de la mort, les résultats suivants :

Région précordiale gauche. — Tuméfaction diffuse sans changement de coloration des téguments, qui crépitent sous le doigt. A un travers de doigt, directement au-dessus du mamelon gauche, se trouve l'orifice d'entrée de la balle, petit, de 1 centimètre de diamètre, circulaire, à bords déprimés et cornés, laissant échapper au moindre mouvement une certaine quantité de sang spumeux.

Les parties molles de la région précordiale et les muscles thoraciques situés sur le trajet de la balle, qui s'y est creusé un véritable canal, sont profondément contus et infiltrés de sang noirâtre dans une grande étendue.

Le quatrième espace intercostal est perforé, et la côte supérieure qui le limite a été effleurée par le projectile, et de ce fait elle est dénudée et échancrée.

Cavité pleurale et poumon gauche. — La cavité pleurale est le siège d'un épanchement sanguin spumeux considérable, que l'on peut évaluer à deux litres au moins. Ce sang est en grande partie coagulé, et au-dessus surnage une sérosité roussâtre. La partie moyenne du poumon est transformée en bouillie noirâtre, et sur sa portion en contact avec l'espace intercostal perforé, on aperçoit un trou évasé que l'on transforme en trajet complet par l'introduction du doigt, et qui va aboutir dans la direction du hile pulmonaire. L'examen de ce trajet nous montre la branche gauche de l'artère pulmonaire entièrement divisée un peu avant sa pénétration dans le poumon. Ses parois sont contuses et déchirées.

Péricarde et cœur. — Aucun épanchement péricardique. Le cœur est déplacé et refoulé en avant par l'hémothorax, il est sain, petit, contracté, ses fibres sont décolorées. Il est vide de caillots.

Cavité pleurale et poumon droit. — Point d'épanchement pleural, point d'adhérence de la plèvre au poumon, qui est sain dans son entier et crépitant. Légère hypostase de la base post mortem.

Après avoir traversé le poumon gauche et sectionné l'artère pulmonaire, le projectile continua son trajet légèrement oblique de bas en haut, d'avant en arrière et de gauche à droite, alla se heurter contre le rachis, au niveau du corps de la septième dorsale; là il se réfléchit à angle droit sur cette vertèbre, changea de direction, brisa la côte près de son insertion à l'apophyse vertébrale et perfora les parties molles entre la sixième et la septième dorsale, à deux doigts de la ligne médiane, en se creusant un orifice de sortie plus petit que celui d'entrée, allongé en forme de croissant, à bords assez réguliers et très rapprochés, c'est plutôt une fente qu'un trou.

Je n'ajouterai que quelques mots à ce simple exposé des lésions que l'autopsie nous a révélées.

Je me suis borné à quelques recherches bibliographiques pour me rendre compte si les lésions des gros vaisseaux du hile pulmonaire étaient fréquentes après les plaies pénétrantes de poitrine par balle de revolver.

J'ai bien trouvé quelques exemples de pareille lésion par balle de fusil, rapportés par Wagner (*Deustche med. Zeitschrifft*, 1888) et Nimier en 1880 et 1890, et un fait de plaie de la paroi antérieure d'une veine pulmonaire gauche par balle de revolver, rapporté par Schmidt, et dans lequel le projectile, après avoir seulement contusionné la paroi postérieure soutenue par la bronche correspondante, avait été entraîné dans la circulation générale, et s'était arrêté dans l'artère crurale au-dessous du ligament de Fallope. Dans ce cas, le blessé avait succombé rapidement à une hémorrhagie. Mais je n'ai trouvé aucune observation semblable à la mienne : ce qui semble démontrer que, si les faits de cette nature sont exceptionnels, ils sont aussi exceptionnellement constatés après autopsie.

La rareté de semblable lésion vasculaire dans les plaies pénétrantes de poitrine par balle de revolver, paraît résulter aussi de la terminaison presque toujours favorable de ces blessures; car les statistiques les plus récentes, celle de Santi en particulier, démontrent leur innocuité presque absolue (42 guérisons sur 49 cas). Je me souviens pour ma part avoir vu récemment à l'hôpital de Versailles, dans le service de M. le médecin chef Dieu, une plaie pénétrante du poumon droit par balle de revolver (calibre 11 millimètres) guérie au bout de dix à douze jours, et ces jours derniers, en rappelant à ce chirurgien distingué ce fait à propos de mon suicidé, il me rapporta plusieurs autres cas analogues qu'il avait observés et guéris à l'hôpital militaire de Marseille.

La mort rapide qui est survenue chez mon suicidé est due certainement à l'hémothorax foudroyant qui s'est produit, qui a déterminé le déplacement du cœur et la syncope finale.

En supposant que le chirurgien eût été là au moment même du suicide, aurait-il pu tenter quelque chose? Poser le diagnostic eût été résoudre du même coup la question du traitement; et comme l'a fort bien dit mon collègue et ami Nimier, au Congrès de chirurgie de 1888, dans son intéressante étude sur les plaies pénétrantes de poitrine par petit projectile, « l'hémothorax provenant d'un des vaisseaux du hile pulmonaire sera suivi de mort à brève échéance; l'hémothorax ayant une origine pariétale (intercostale, mammaire interne), intéresse seul le chirurgien, car seul, il laisse prise au traitement chirurgical ».

Communication.

De l'opération radicale de la grenouillette. Hydrotomie, Extirpation,

Par M. Felizet.

« La grenouillette est au nombre des tumeurs les plus sujettes à récidive et l'on peut en juger par le nombre des procédés auxquels elle a donné naissance. Je ne ferai que mentionner l'incision simple ou avec le cautère actuel, l'introduction de tentes ou de bougies, le séton, le bouton à demeure, dernière et pauvre ressource de Dupuytren. »

C'est ainsi que Malgaigne (*Méd. op.*, t. II, p. 231), appréciant les divers modes de traitement de la grenouillette, ne réserve que l'incision, les injections irritantes et l'extirpation.

Or, cette dernière même, à la façon dont il conseille, dans la crainte des hémorrhagies, de la pratiquer en laissant au besoin « quelques lambeaux » de la poche, n'est, en dernière analyse, qu'une excision, et comme l'excision une opération sujette à récidives.

En fait, l'opération de la grenouillette n'est radicale, et la guérison n'est certaine, que quand la poche n'existe plus, ni en totalité ni en partie.

Les cautérisations énergiques dont on fait suivre l'excision ont pour objet la destruction de ce qui reste de la poche, que vise, par un mode d'action différent, la méthode des injections caustiques de chlorure de zinc, préconisées par MM. Théophile Anger, Panas et Le Dentu.

La grenouillette sublinguale est une petite maladie assez commune et dont on pout dire qu'on en vient toujours à bout.

Mais si l'on arrive à la guérir par quelques-uns des procédés que nous venons de citer, nous pensons qu'il n'y a pas un chirur-

gien qui puisse, lorsqu'il vient de pratiquer une excision, une cautérisation ou une injection, affirmer à son malade que le mal ne reparaîtra pas.

C'est, en effet, souvent après plusieurs récidives, que la grenouillette, opérée avec ténacité, se décide enfin à guérir.

Celse a recommandé l'opération idéale, l'extirpation.

L'ablation intégrale du kyste, sans trous ni déchirures, serait la seule capable de satisfaire et de rassurer.

Or, c'est une entreprise délicate.

Que la poche vienne à crever au cours de la manœuvre, l'ablation devient impossible, et nous savons tous que, si c'est l'extirpation qu'on ambitionne au commencement de l'opération, c'est généralement sur l'excision qu'on se rabat à la fin, avec la consolation des caustiques.

Ajoutons aux difficultés de l'attaque et de l'isolement de cette poche fragile et fuyante, les dangers de l'hémorrhagie, dont Malgaigne semble avoir fait l'épreuve dans un cas qui lui a suffi, et nous comprendrons combien il peut être difficile, si on ne trouve pas autre chose, de montrer à la Société de chirurgie une grenouillette extirpée dans son intégralité, sans que le malade ait souffert ou ait perdu de sang.

Nous avons deux observations.

La première a trait à une femme de 30 ans, qui avait été traitée deux fois par les caustiques, en deux ans.

La seconde est plus récente : l'opération a été pratiquée le 28 septembre. Il s'agissait d'une femme de 45 ans.

La grenouillette remontait à trois ans et n'avait été l'objet d'aucune tentative.

Le procédé employé a été le même dans les deux cas ; dans le second, toutefois, nous avons eu recours à l'anesthésie locale avec la cocaïne.

Voici les différents temps de l'opération :

Premier temps. — Injection de 12 gouttes de solution de cocaïne au 20e, entre la muqueuse et le kyste.

La muqueuse est tellement mince dans sa distention, qu'il faut la soulever avec une pince à griffes, afin de ne pas perforer la grenouillette.

Deuxième temps. — Injection par trois ou quatre piqûres extérieures au kyste, de 8 à 10 centimètres cubes d'eau boriquée.

Le liquide se diffuse avec une grande facilité et l'on voit le plancher de la bouche se tendre, soulever et repousser la langue.

La grenouillette est alors plongée et perdue dans l'œdème arti-

ficiel de cette hydrotomie, mais le doigt la sent toujours profondément avec sa consistance tendue et arrondie.

Troisième temps. — La muqueuse attirée avec la pince à griffes est entamée d'un coup de ciseaux, et aussitôt la partie la plus saillante de la grenouillette se montre entre les lèvres de l'ouverture.

Avec l'ongle on décolle facilement le sommet du kyste, et quand un quart environ de son globe est libéré, on l'incise simplement.

Les lèvres de l'incision sont fixées avec deux pinces à forcipressure, et le liquide albumineux achève de s'écouler.

C'est alors qu'on introduit dans la cavité vidée une petite éponge, assez volumineuse toutefois pour la bien distendre. Quand elle est suffisamment bourrée, une pince rapproche les lèvres et assure le maintien de l'éponge à l'intérieur.

Nous sommes maintenant en présence d'une tumeur solide.

Mais ce n'est pas seulement la consistance de la tumeur qui va nous servir : c'est sa mobilité nouvelle, son isolement au milieu de la nappe de l'œdème sous-muqueux, qui va rendre l'extirpation aisée.

L'ongle suffit, en effet, d'abord pour décoller la grenouillette, mais à mesure qu'on plonge dans la profondeur du plancher de la bouche, les adhérences sont plus fermes. Mais on peut les attaquer sans crainte d'entamer la poche, que l'éponge consolide et soutient devant les yeux.

Dans nos deux cas, c'est avec une rugine que nous avons dû gratter le sac, et c'est à coup de ciseaux que nous avons coupé les adhérences que nos grattages n'avaient pas pu rompre.

Bientôt le fond de la poche est dépassé et on reconnaît que la grenouillette ne tient plus au plancher de la bouche que par un pédicule résistant, assez épais, se dirigeant non pas vers la glande de Blandin, mais sous le bord de la langue, au-dessus du canal de Wharton, dans le sens du groupe des glandes sublinguales.

Par une torsion simple, on voit le pédicule se tendre, se rétrécir, s'effiler.

La rugine aide à mesure au détachement final, et bientôt, sans perte de sang, la grenouillette est extirpée, intégrale, avec sa paroi mince, telle que je la présente à la Société de chirurgie.

Lecture.

M. Chaput lit un travail sur le *Traitement des plaies de l'intestin* (MM. Polaillon, Berger et Gérard-Marchant, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 28 octobre 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

Communication.

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale,

Par le Dr Terrillon.

Lorsque notre collègue Segond fit, au mois de mai de cette année, une communication sur l'ablation de l'utérus pour les suppurations pelviennes, opération proposée par M. Péan, j'avais déjà pratiqué plusieurs opérations de ce genre dont je donnai le résumé. Déjà j'avais essayé de donner mon opinion sur la valeur de cette opération et sur ses indications.

Depuis cette époque, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'opérer des malades par cette méthode. Quatre observations me semblent particulièrement instructives au point de vue du rapport que présentent entre elles l'hystérectomie vaginale et la laparotomie.

Les deux premières observations sont particulièrement intéressantes, car l'ablation de l'utérus et des annexes par la voie vaginale fut pratiquée alors qu'un essai sérieux avait été tenté par la laparotomie.

Obs. I. — La première observation est celle d'une jeune femme de 28 ans, étrangère, qui était malade depuis deux ans.

Vers la fin de 1889, les accidents du côté des annexes avaient débuté avec une grande acuité, la vie était menacée, et une opération semblait imminente. Sur ces entrefaites, un abcès du bassin s'ouvrit dans le rectum et un soulagement immédiat survint aussitôt.

Naturellement on ne parla plus d'intervention et on crut la malade hors de danger.

Malheureusement, les choses ne restèrent pas en cet état; des poussées successives de fièvre violente, suivies d'évacuation de pus par le rectum, se succédèrent régulièrement depuis cette époque.

La malade subit plusieurs saisons d'eaux minérales sans aucun résultat, et finalement arriva à Paris au mois de mai dans un état déplorable et rendant, avec des poussées très rapprochées, du pus par le rectum.

Elle fut confiée aux soins de mon ami Ch. Monod et aux miens, et après une consultation du professeur Pinard, il fut décidé qu'on pratiquerait une opération radicale par la laparotomie.

L'état des organes du bassin était très facile à définir.

L'utérus, dont on sentait le col intact, était absolument immobilisé par une masse indurée qui remplissait la totalité du bassin et venait des deux côtés de la ligne médiane au contact de la paroi antérieure, en formant ainsi un double plastron plus large que la main au-dessus des deux arcades de Fallope.

Il était absolument impossible de distinguer autre chose que quelques bosselures, mais sans fluctuation.

La quantité de pus rendue par le rectum était considérable. Il semblait que la région qui fournissait le pus occupait le côté droit, car c'est de ce côté que s'accentuaient les poussées inflammatoires précédant les écoulements purulents.

L'opération fut pratiquée le 1er juin 1891, avec le concours de mon ami Monod et en présence du Dr Roustan (de Cannes), le médecin de la malade.

J'incisai la paroi abdominale et trouvai accolé au péritoine, qui avait pour ainsi dire disparu, l'épiploon épaissi et très adhérent. Après avoir perforé et dissocié ce premier obstacle sur une grande étendue, il était facile de constater que les anses intestinales agglutinées et unies ensemble d'une façon intime ne pouvaient être séparées. En un mot, il était impossible de parvenir sur les parties profondes et malades sans faire des désordres graves.

Après mon examen, je me décidai à abandonner cette opération et à refermer la plaie abdominale.

J'avais heureusement avec moi tout le matériel nécessaire pour pra-

tiquer l'opération par la voie vaginale. Je n'hésitai pas; la malade fut placée dans la position de la taille, deux aides tenant des écarteurs vaginaux.

Malgré l'étroitesse du vagin, je pus enlever par morceaux successifs la totalité de l'utérus, sauf le fond, en plaçant des pinces à mesure que je coupais les parties saignantes.

Jusque-là, je n'avais rencontré aucune lésion appréciable, sauf la présence de tissus fibreux denses et épais.

C'est alors que, saisissant la partie de l'utérus qui restait, surtout à gauche, avec une forte pince, je l'attirai le plus bas possible. De cette partie de l'utérus partait un énorme cordon qui était formé par les annexes épaissies. En les décortiquant, j'attirai successivement trois kystes séreux que j'obtins par lambeaux. Bientôt j'avais enlevé tout le segment gauche du fond de l'utérus avec les annexes kystiques épaissies et formant en tout une masse de la grosseur d'une orange. Une anse d'intestin se présentait dans la cavité laissée par cette ablation. Une éponge montée servit à la refouler.

Saisissant alors avec une forte pince ce qui restait de l'utérus du côté droit, je cherchai à l'attirer en bas. Mais il me fut impossible de l'abaisser.

Cependant, à force de patience, en déchirant autour de lui, je parvins à ouvrir une poche purulente, assez peu étendue, qui donna environ une cuillerée à bouche de pus.

Cette poche fut lavée avec soin.

Je pus ensuite enlever la corne utérine droite et un lambeau assez gros constitué par le pédicule des annexes.

Mais il me fut impossible d'aller au delà; en effet, j'avais atteint la partie supérieure du bassin, et la longue valve touchait par son extrémité les parties les plus profondes, où apparaissait une anse intestinale.

Le doigt, introduit dans le vagin, ne pouvait atteindre à cette hauteur, et par conséquent, ne pouvait être d'aucun secours.

J'eus donc la notion nette que profondément, en haut et à droite, devaient persister des lésions que je ne pouvais atteindre par cette voie, mais je comptais sur la large ouverture produite par l'opération pour permettre l'écoulement facile des cavités que je n'avais pu atteindre.

L'opération fut terminée par l'introduction d'un tampon de gaze iodoformée. Deux longues pinces furent laissées dans le vagin pendant trente-six heures.

Les suites de cette opération furent parfaites.

Pendant trois jours le tampon resta en place; on institua ensuite des lavages antiseptiques.

Tout marcha ensuite à souhait jusqu'au vingtième jour; la température n'avait pas dépassé 37°. La malade s'alimentait, et la plaie vaginale donnait peu de pus.

A ce moment, la température monta rapidement, des douleurs survinrent et la malade eut plusieurs grands frissons.

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 48.11.91. *Le Gérant :* G. MASSON.

Malgré les lavages abondants, le pus qui sortait du vagin était putride et abondant.

Voyant que ces moyens ne suffisaient pas pour arrêter les accidents, j'appliquai un spéculum et j'aperçus au fond du vagin, presque cicatrisé, un pertuis irrégulier par lequel s'écoulait un pus fétide. Une sonde en gomme (n° 14), introduite dans cet orifice, pénétra à plusieurs centimètres dans une cavité située à droite et en haut. Aussitôt, par cette sonde, s'écoula un flot de pus putride.

Des lavages abondants furent pratiqués au moyen de cette sonde et l'application, plusieurs fois renouvelée, de chlorure de zinc, amena bientôt une désinfection complète de la poche. La température disparut après quelques jours, et tous les symptômes alarmants cessèrent.

Actuellement (octobre) la malade est dans un état de santé très satisfaisant; une petite fistule paraît seule au fond du vagin.

Obs. II. — Une jeune femme de 23 ans entre à la Salpêtrière le 28 mai.

Elle avait fait une fausse couche de six semaines environ trois ans auparavant; cet accident avait été suivi de lésions graves du côté du bas-ventre.

Depuis cette époque, plusieurs poussées de pelvipéritonite la forcèrent à garder le repos. Son état général était très altéré.

Du côté du bassin, on constate des lésions très étendues, englobant les deux côtés de l'utérus et remontant derrière la paroi abdominale en formant un plastron jusqu'au voisinage de l'ombilic.

La persistance d'une élévation de température presque constante, avec exacerbation le soir, indique qu'il existe une suppuration profonde du bassin.

Je prévoyais de grandes difficultés en pratiquant la laparotomie; cependant je tentai l'opération par cette voie.

Cette intervention eut lieu le 14 juin 1891.

Mais à peine l'abdomen ouvert, l'exploration me permit d'affirmer l'impossibilité d'une intervention utile, à cause de la présence, en avant des lésions, de plusieurs anses intestinales intimement unies les unes aux autres et de l'épiploon épaissi qui les recouvrait.

L'abdomen fut aussitôt refermé; la malade se rétablit rapidement et, huit jours après, on put pratiquer l'opération de Péan.

Celle-ci fut rendue assez pénible à cause de l'étroitesse du vagin.

L'utérus fut extrait par morceaux; il présentait par places des noyaux caséeux assez évidents.

Au niveau des annexes, trois poches purulentes; une du côté gauche, l'autre du côté droit, furent ouvertes. Leurs parois avec les parties attenantes, trompes altérées et ovaire, furent enlevées aussi complètement que possible.

Une longue pince, laissée dans le vagin, fut enlevée quarante-huit heures après.

Les suites furent parfaites jusqu'au 29 juin. A cette époque, on vit s'établir une petite fistule stercorale qui dura une quinzaine de jours.

La malade, complètement rétablie, sortit le 30 juillet de la Salpêtrière. Depuis, elle fut revue par mes élèves; sa santé était parfaite; elle ne souffrait plus.

Obs. III. — Mme X..., âgée de 42 ans, est malade depuis trois années. Elle m'est présentée par le Dr Rafinesque. Une suppuration du bassin très abondante et rebelle s'est établie chez elle et altère sa santé d'une façon spéciale, car la température monte tous les soirs à 39°.

Cette femme est affaiblie; la face est bouffie et elle présente toutes les apparences que donne la septicémie chronique. Sur toute la peau du corps existe une éruption lichénoïde qui est d'origine septique. Tel fut l'avis de M. Besnier qui la vit à cette époque.

Les deux côtés du bassin étaient occupés par une masse indurée englobant l'utérus et faisant saillie contre la paroi abdominale dans une grande étendue.

Une fistule qui s'ouvrait dans le rectum et dans le vagin donnait une grande quantité de liquide purulent.

En présence de ces lésions bilatérales et très étendues, je pensai que la laparotomie seule ne permettrait pas d'enlever complètement la partie malade; aussi je résolus d'opérer par la voie vaginale.

Cette opération eut lieu le 11 juillet 1891, avec le concours de M. le Dr Chaput. Ici l'intervention fut des plus pénibles mais aussi des plus classiques.

L'utérus fut enlevé en plusieurs morceaux et les deux poches purulentes à droite et à gauche ouvertes au moment de l'ablation des deux cornes utérines.

Ces poches furent vidées, lavées avec soin, et au moyen de pinces longues on put extraire par lambeaux des morceaux volumineux des annexes malades.

Des anses d'intestin grêle qui se présentaient avec insistance dans le fond de la plaie étaient maintenues par une éponge. Quand tout fut enlevé et nettoyé, la plaie fut bourrée de gaze iodoformée.

Deux pinces furent laissées dans la plaie.

Les suites furent parfaites; la température ne dépassa jamais 37°,2.

Un mois après l'opération, la malade était complètement guérie. On trouvait par le toucher vaginal une cicatrice rayonnée et un peu dure occupant la place de l'utérus.

Actuellement elle est complètement guérie et son éruption a presque complètement disparu.

Obs. IV. — Mme X..., âgée de 33 ans, n'a jamais eu d'enfant. Elle s'est mariée à 26 ans; depuis cinq ans des accidents graves sont survenus du côté des organes génitaux internes : pelvipéritonite, abcès ouverts du côté du rectum ou du côté du vagin.

Depuis deux mois la fièvre est continue, accompagnée de frissons; la malade s'affaiblit, et le Dr Lablée, son médecin, prévient son mari que la seule chance de guérison consiste à pratiquer une intervention chirurgicale.

M. le professeur Tarnier, appelé en consultation, confirme cette opinion et nous discutons ensemble quel sera le mode d'intervention.

L'utérus situé assez haut était immobilisé complètement et repoussé derrière la symphyse. De chaque côté existait une masse indurée qui remontait jusque derrière la paroi abdominale.

En présence des désordres étendus de toute la cavité du bassin et de l'extension des lésions du côté de la paroi abdominale, il est décidé qu'on pratiquera l'ablation de l'utérus par la voie vaginale pour atteindre les annexes malades.

L'opération fut pratiquée le 15 juin avec l'aide du Dr Chaput et du Dr Lablée.

L'utérus était situé tellement haut et il était tellement immobilisé par les tissus indurés qui l'entouraient, que le premier temps de l'opération fut assez pénible. Cependant je pus descendre le col et en couper un morceau assez long après l'avoir sectionné verticalement. Ce n'est qu'avec de grandes difficultés que la première partie du corps fut enlevée en trois portions. Déjà du côté gauche j'avais ouvert une poche purulente contenant deux cuillerées à bouche de pus.

Cette poche fut lavée avec soin et ses parois, qui étaient constituées par l'ovaire, furent enlevées par lambeaux.

Du côté droit je ne pus atteindre les organes malades qu'en agissant très profondément.

Après avoir atteint la corne utérine droite, le pédicule des annexes aussi dur et aussi gros que le doigt fut saisi et coupé entre deux pinces. Il fut possible, en exerçant une traction sur la partie qui correspondait aux annexes, d'attirer ces dernières et de les extraire presque en totalité.

J'avais ainsi extrait du bassin la trompe altérée et adhérente à l'ovaire, contenant deux abcès presque entiers. La pièce anatomique rappelait assez celle qu'on obtient à la suite d'une extraction par la laparotomie.

J'étais donc bien certain d'avoir enlevé à droite toutes les parties malades.

Revenant ensuite au côté gauche, je cherchai à enlever ce qui restait de l'utérus.

Mais là des difficultés très grandes se présentèrent; j'ouvris encore un abcès assez petit situé au-dessus du premier. Il était très voisin du rectum et devait être la cause de l'écoulement de pus que présentait depuis longtemps la malade.

Malgré toutes mes tentatives, je ne pus que déchirer les parois de cet abcès après avoir enlevé le reste de l'utérus, mais sans parvenir à les séparer des organes situés plus haut et auxquels elles adhéraient intimement.

Les pinces les déchiraient, enlevaient quelques lambeaux, mais sans parvenir à les détruire complètement.

Comme l'opération avait été très longue et que la malade était très épuisée, je dus la terminer ainsi en bourrant la plaie de gaze iodoformée et laissant en place quelques longues pinces.

Malgré tous ces désordres, les suites furent parfaites; la fièvre cessa aussitot, la malade reprit de l'appétit et des forces. Mais nous avions quelques inquiétudes, car il existait toujours une suppuration légère par le rectum.

La cicatrisation de la plaie vaginale se fit dans de bonnes conditions, l'asepsie étant toujours maintenue, grâce à des lavages répétés. Mais la fistule rectale persista.

Actuellement, cinq mois après l'opération, cette malade a repris à peu près sa vie normale, l'alimentation est parfaite; on ne constate aucune élévation de température, mais elle rend une petite quantité de pus par le rectum chaque matin.

Dans ce cas l'opération a été incomplète, mais il était difficile, sinon impossible de faire mieux à cause des désordres étendus des organes. Cependant la malade est très améliorée, et il est probable que, débarrassée des accidents graves et sûrement mortels qu'elle présentait avant l'opération, elle verra sa fistule se tarir à la longue ainsi que cela arrive souvent en pareil cas.

Dans le cours de ces opérations, j'ai fait deux remarques qui méritent d'être signalées.

Au début, avant de posséder la technique complète, j'étais obligé de me servir d'un grand nombre de pinces, car je sectionnais les ligaments larges avec beaucoup de précautions, mais avec les ciseaux.

Dans mes dernières opérations, j'ai pris l'habitude de déchirer avec les doigts les attaches des ligaments sur l'utérus, j'arrive ainsi à séparer cet organe des parties voisines presque sans perte de sang. Mes aides eux-mêmes ont remarqué que l'emploi des pinces devenait beaucoup plus rare sans que pour cela l'hémorrhagie fût plus abondante, au contraire. A la fin de l'opération, je laisse une ou deux pinces.

La seconde remarque, qui avait déjà frappé notre collègue Segond et sur laquelle il a insisté dans sa communication, c'est la difficulté de l'opération.

Elle est longue, pénible, nécessite un effort musculaire continu et prolongé. Enfin, quand le chirurgien parvient dans la partie profonde du bassin, il est obligé, ainsi que ses aides, de faire des manœuvres très pénibles et très longues, les bras étant soulevés.

On peut donc affirmer, d'après les observations que je viens de citer, que l'ablation de l'utérus et des annexes malades par la voie vaginale peut donner d'excellents résultats, alors que l'opération par la voie abdominale semblait impossible ou trop périlleuse.

Ainsi que je l'avais dit dans ma première communication, ce sont ces circonstances particulières, c'est-à-dire la suppuration

des annexes des deux côtés, avec lésions périphériques très étendues, qui constituent l'indication principale de l'opération proposée par M. Péan.

Si nous devions, après cette conclusion, discuter quelle est la proportion des malades atteintes de suppurations pelviennes qui doivent être opérées par la voie vaginale de préférence à la voie abdominale, je serais embarrassé. En effet, par la voie abdominale on obtient des résultats aussi complets au point de vue des suites immédiates.

Il est vrai qu'on laisse en place un utérus qui peut devenir la cause d'accidents multiples, tels que hémorrhagies persistantes et graves, phlegmasie au voisinage de la corne utérine. Ces accidents peuvent même nécessiter l'ablation de l'utérus, ainsi que je l'ai pratiquée deux fois pour des accidents consécutifs à la laparotomie.

Mais l'opération par le vagin ne donne pas toujours des résultats immédiats parfaits. Je n'en veux pour preuve que mes deux observations dans lesquelles sont survenus des accidents de septicémie tardive.

Mon opinion peut donc être résumée de la façon suivante.

Le traitement des suppurations pelviennes par l'ablation de l'utérus ne doit pas être généralisé à toutes les suppurations et à plus forte raison à toutes les salpingites.

Le plus grand nombre des abcès de la trompe et de l'ovaire, surtout ceux qui sont enkystés sans fistules, peuvent être enlevés avec succès par la laparotomie. Actuellement, les exemples de guérison radicale par cette opération sont nombreux, j'en possède plus de quarante observations.

Lorsque ces abcès sont anciens, fistuleux ou à répétition et qu'autour d'eux existent des désordres étendus dans le bassin, l'opération de Péan peut rendre de grands services, car la laparotomie, dans ce cas, peut être impuissante ou dangereuse.

Discussion.

M. Richelot. Je ne veux dire qu'un mot sur la communication de M. Terrillon, car je vous avoue que j'ai, moi aussi, un travail en préparation sur le même sujet, et que je compte vous le communiquer dans quelques semaines.

J'ai mis à l'étude, dans mon service de Tenon, cette question de l'hystérectomie vaginale appliquée aux affections pelviennes non cancéreuses, et j'ai une série de faits intéressants. Le seul point que je veuille signaler en ce moment, est celui-ci : dans les suppurations complexes de la cavité pelvienne, l'hystérectomie va-

ginale, plus sûrement efficace et plus bénigne que la laparotomie, a sur cette dernière une supériorité incontestable.

Il y a, en effet, bien que les partisans exclusifs de la laparatomie en conviennent à regret, il y a des cas où l'incision abdominale est dangereuse, si l'on veut achever l'opération coûte que coûte, et insuffisante si on s'arrête en deçà du danger. En voici un exemple, choisi parmi les faits assez nombreux que je vous exposerai bientôt en détail :

Une femme subit, au commencement de cette année, la laparatomie pour une suppuration pelvienne grave. Après avoir incisé l'abdomen, je tombe sur un tel magma d'adhérences intestinales que, malgré l'habitude que je puis avoir de me débrouiller au milieu de ces difficultés, je juge impossible d'aller plus loin et je referme le ventre. Puis, séance tenante, j'évacue par une incision vaginale la collection qui faisait une faible saillie dans un des culs-de-sac. Drainage, soins attentifs pendant quelques semaines ; la malade nous quitte bien portante. Mais au bout de quelques mois elle recommence à souffrir, et revient dans mon service avec les mêmes douleurs, les mêmes empâtements des organes du petit bassin et une nouvelle collection purulente. Je ne me soucie nullement d'aborder pour la seconde fois les adhérences pelviennes; l'incision vaginale, de son côté, a montré son insuffisance. Reste à faire l'hystérectomie vaginale; délivrée, par l'extirpation de l'utérus, d'une suppuration abondante et fétide, la malade est bien guérie aujourd'hui.

J'insisterai, en terminant, sur un fait que vient de signaler M. Terrillon, et que je crois exceptionnel. Chez une de ses malades, il y a eu des accidents tardifs de septicémie, parce que la plaie vaginale s'est resserrée trop vite au devant d'une poche purulente non cicatrisée. Sur une vingtaine de cas de ces grandes suppurations pelviennes, je n'ai rien observé de semblable. Ce que j'ai toujours vu, au contraire, c'est que, après l'ablation de l'utérus et l'ouverture des poches purulentes, tout est fini, pour ainsi dire, et les soins consécutifs sont à près nuls. C'est même, selon moi, un des avantages de cette méthode comparée au simple débridement vaginal et aux laparotomies terminées par le drainage. Quand on a retiré la gaze iodoformée qu'on a mise d'abord dans les cavités ouvertes, il n'y a plus rien à faire, que les vulgaires injections vaginales au sublimé ; les cavités subissent un retrait rapide, sont envahies par le processus cicatriciel, et ne font plus parler d'elles. Sans doute, il peut en être autrement, puisque M. Terrillon en cite un exemple, mais d'après ce que j'ai vu, c'est une exception.

M. Reclus. J'ai demandé la parole pour dire que les conclusions

de M. Terrillon me paraissent conformes à celles que j'ai formulées antérieurement. J'ai dit qu'il y a des cas où la laparotomie ne donne pas de résultats ; or, M. Terrillon nous signale deux cas de ce genre, M. Richelot nous en rapporte un autre, et j'en puis ajouter un quatrième, où j'ai tenu une conduite semblable à celle de mes collègues après l'insuccès de la laparotomie.

Une fois, j'ai observé des accidents de rétention purulente à la suite de l'hystérectomie, comme l'a vu M. Terrillon. Je crois que, pour les éviter, il faut faire pénétrer avec soin la gaze iodoformée dans les poches qu'on vient d'ouvrir ; c'est ce que je n'avais pas fait assez complètement, et ce que j'ai soin de faire aujourd'hui.

M. Bazy. J'ai été surpris d'entendre dire que les accidents consécutifs sont exceptionnels. Pour ma part, j'en connais trois cas, dont l'un m'est personnel : chez une femme qui avait une fistule vaginale, j'ai fait d'abord la laparotomie ; la fistule ayant persisté, j'ai fait ensuite l'hystérectomie, mais la fistule ne guérit pas davantage, et à la suite de cette nouvelle intervention, un abcès se forma, qui dut être ouvert par mon collègue Gérard-Marchant.

Deux autres cas, à ma connaissance, appartiennent à d'autres chirurgiens, et non des moins habiles.

Ces accidents, selon moi, sont imputables à l'opération même, et non aux opérateurs. On ne doit pas, en effet, s'en étonner, quand on songe à la disposition anatomique de ces abcès pelviens, qu'il est impossible d'extirper par l'hystérectomie, mais qu'on doit se borner à ouvrir. En rasant absolument l'utérus pour l'enlever, comme le fait M. Péan, le promoteur de la méthode, on peut laisser échapper une collection purulente.

M. Routier. — Je puis citer une observation analogue à celles que vient de nous citer M. Terrillon, mais où, plus heureux que lui, j'ai pu guérir ma malade, bien que mon intervention ait été bien incomplète.

Observation. — *Salpingite purulente ouverte dans l'abdomen ; hystérectomie vaginale incomplète ; guérison.*

L. P... âgée de 26 ans, a été soignée il y a cinq ans pour une pelvi-péritonite par feu le Dr Siredey ; elle passa six mois à l'hôpital et sortit à peu près guérie.

En juillet 1890, elle eut une nouvelle poussée pour laquelle elle entra dans le service de M. le professeur Bouchard ; là, il se fit un abcès qui s'ouvrit dans le rectum.

Depuis cette époque, elle perd du pus dans les selles d'une facon intermittente, toujours avec un peu de fièvre.

Tout le petit bassin est plein; une grosseur lisse, comme un fibrome, roule sous la main à gauche.

L'utérus immobile, encastré entre deux grosses masses résistantes, paraît petit; la masse latérale gauche tourne en arrière de l'utérus, le sépare du rectum et doit être l'abcès en communication avec l'intestin.

Le toucher rectal permet de sentir cette tumeur, mais ne nous apprend rien de nouveau.

Elle vient d'avoir une poussée inflammatoire et rend tout les jours du pus par le rectum.

En face de cet état, je jugeai plus prudent d'agir par la voie vaginale, et je me mis en devoir de pratiquer l'hystérectomie, le 16 mai 1891, avec l'aide de mes collègues Schwartz et Poirier.

L'utérus, fort loin et peu mobile, ne descend pas ; la vulve étroite rend plus difficile encore la manœuvre.

Le col est enlevé ; mais dès que j'ai dépassé cette portion de l'utérus, le tissu de celui-ci devient tellement friable que toutes les espèces de pinces le déchirent, et il m'est impossible d'enlever cet utérus dont les deux tiers certainement restent en place.

Mais en enlevant cette partie de la matrice, j'ai ouvert une cavité purulente à gauche, je l'explore avec le doigt, je romps des adhérences, je lave et je bourre à la gaze iodoformée.

Les suites immédiates furent bénignes ; mais dès le 29 mai, il était évident que la malade perdait des matières par le vagin. L'orifice rectal de son abcès fistuleux s'ouvrait évidemment dans la cavité de l'abcès ouvert, et les matières intestinales avaient pris cette voie.

Le tamponnement iodoformé fut continué ; six semaines après, les matières ne passaient plus. En septembre dernier, cette jeune femme complètement guérie avait repris bonne mine et avait eu deux fois ses règles.

L'ouverture large du foyer fistuleux, obtenue même par cette très incomplète hystérectomie, a donc suffi pour amener une guérison radicale. Je ne crois pas que j'eusse pu faire aussi bien par la laparotomie.

M. Terrillon. — Nous sommes d'accord sur l'indication principale de l'hystérectomie vaginale. Il est bien entendu que je la réserve aux cas de suppurations anciennes, étendues, fistuleuses. Quant aux accidents consécutifs, je tenais à les signaler, parce que d'autres chirurgiens en ont eu et ne les ont pas publiés. La communication de Segond nous a paru à presque tous un peu trop optimiste ; il est bon de savoir qu'il faut en rabattre et que les suites de cette opération doivent être surveillées de près.

Communication.

L'hystérectomie vaginale contre le cancer utérin.

Par M. L.-G. Richelot.

Sommaire. — Discussion à la Société de chirurgie, octobre 1888. — Causes d'insuccès, valeur thérapeutique de l'opération jusqu'à cette époque. — Résultats éloignés.

Nouvelles études. — L'amputation partielle et l'hystérectomie. — Analyse de vingt-deux cas d'hystérectomie vaginale, avec une mort et quatre récidives. — Les fistules vésicales, leur réparation. — Examen des cas heureux. — Conclusion.

L'hystérectomie vaginale, depuis trois ans, ne faisait plus parler d'elle. Le 17 octobre 1888, mon maître Verneuil lui avait asséné un coup formidable, dont elle fut longue à se relever [1].

Nous avons tous gardé le souvenir de cette discussion, qui fut menée vigoureusement par l'éminent professeur, et qui nous montra une fois de plus comment il sait réduire ses adversaires, avec quel talent d'exposition et quelle rigueur dans l'analyse des faits.

Le mémoire de M. Verneuil, suite naturelle d'un travail plus ancien [2], avait pour but de préconiser l'amputation sous-vaginale du col utérin avec la chaîne d'écraseur, et de l'opposer à l'hystérectomie vaginale, comme étant plus facile, plus efficace et moins dangereuse. Il mentionnait 26 amputations du col, dont 22 contre le cancer, pratiquées depuis une trentaine d'années.

M. Verneuil avait obtenu de bons résultats, et, en additionnant le nombre de mois qu'avait duré la vie de ses opérées, il arrivait à une moyenne respectable. Plusieurs cas étaient remarquables : une malade n'avait récidivé qu'au bout de six ans, deux après trois ans, une après quinze mois. Une série de faits, au nombre de douze, plaidaient en faveur de l'amputation partielle : c'étaient des reproductions du cancer à distance, la plaie vaginale restant guérie. L'auteur pouvait dire à bon droit qu'une ablation totale n'aurait pas mieux réussi, puisque le moignon de l'utérus n'avait pas été le siège de la récidive.

Il y aurait bien quelque chose à dire sur l'époque vraie où la récidive commence, et qui n'est pas toujours le moment où on la constate. On pourrait demander encore si l'utérus laissé dans la

[1] Verneuil, De l'amputation partielle du col dans le traitement du cancer de l'utérus (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 717).

[2] Verneuil, Amputation du col de l'utérus avec l'écraseur linéaire (*Arch. gén. de méd.*, janvier 1881, p. 5).

cavité pelvienne, sa muqueuse, ses réseaux lymphatiques, ne jouent pas un rôle inaperçu dans la repullulation du cancer, derrière une plaie vaginale cicatrisée. Je laisse de côté ces détails, ne voulant pas faire du mémoire de M. Verneuil une analyse rétrospective, et je me borne à reconnaître que les résultats obtenus, loin d'être décourageants, étaient certainement les meilleurs que puisse donner l'hystérectomie partielle, les meilleurs que nous ayons jamais vus après l'amputation sous-vaginale du col.

Mais, à côté des faits relativement heureux, il y en avait d'autres : c'étaient 8 cas d'ablations incomplètes par la chaîne d'écraseur. L'opérateur avait coupé, en plein tissu morbide, des cancers limités à l'utérus, des cancers que l'hystérectomie eût enlevés totalement. M. Verneuil, à la vérité, recommandait une modification du manuel opératoire qui permet de mieux placer la section ; mais aucun moyen ne peut faire que la chaîne dépasse les cancers affleurant la partie supérieure de l'isthme, et M. Verneuil se résignait, en somme, à laisser quelquefois du cancer dans la plaie.

Au fond, l'argument qui dominait dans ce remarquable travail et qui l'avait inspiré, c'était la gravité excessive que paraissait avoir l'extirpation totale. M. Verneuil, après avoir vu faire dans son service trois hystérectomies qui n'étaient pas de nature à l'encourager, avait clos bien vite la série de ses expériences, et en était revenu pour toujours à l'*actum minoris periculi.*

L'attaque de M. Verneuil nous prit à l'improviste. Elle venait trop tôt, à notre guise, alors que nos idées sur le manuel opératoire étaient à peine fixées, nos mains à peine aguerries, nos opérations les plus anciennes trop récentes pour qu'on pût juger leur valeur. Bouilly, dans sa réponse, défendit cette idée que l'opération la plus large et dépassant le mieux les limites du mal convenait ici comme pour tous les cancers, et donna un relevé qui montrait les résultats s'améliorant à mesure que se formait l'expérience de l'opérateur.

Il faut bien avouer que l'argument tiré de l'amputation large n'a pas ici, comme je le reconnus dans la discussion, une valeur absolue. Dans les cancers du sein, on peut enlever non seulement la glande entière, mais les vaisseaux lymphatiques et les ganglions axillaires ; dans les cancers de l'utérus, on peut enlever tout l'organe, mais la zone d'envahissement et les ganglions pelviens nous échappent.

Pour ma part, comprenant bien que l'hystérectomie allait être pour un temps discréditée en France, je ne pris qu'une part très restreinte à un débat qui me paraissait prématuré, et je lus deux courtes notes en faveur de l'extirpation totale, disant qu'elle nous

faisait espérer un plus grand nombre de guérisons définitives. Ce mot souleva de vives protestations. Et cependant, disais-je, depuis qu'il y a des cancers, tous les chirurgiens me paraissent agir comme s'ils croyaient à la guérison; tous, au moins, font des efforts pour l'atteindre. Ce qui est possible, et ce que nous espérons, c'est que, dans un cas donné, l'ablation totale enlève tous les germes de récidive non encore propagés aux annexes, tandis qu'une amputation partielle en aurait laissé quelques-uns; et voilà comment le raison d'être de l'hystérectomie est la recherche d'une guérison complète.

J'ajoutais qu'à défaut de l'opération radicale, si l'avenir la condamnait, il faudrait au moins faire des amputations sus-vaginales très élevées et renoncer aux résections timides qui risquent toujours de laisser dans la plaie des bourgeons épithéliaux en pleine activité.

Mon plaidoyer fut submergé sous le flot des faits désastreux apportés à la tribune par la majorité des orateurs. J'en cite quelques-uns : Kirmisson annonça 3 opérations, avec 2 morts et une récidive rapide; Polaillon, 6 opérations, 2 morts et 4 récidives; Marchand, 7 opérations, 4 morts; Monod, 2 opérations, 2 récidives rapides; Berger, 2 opérations, 2 morts. C'est ainsi que nos collègues frappaient à coups redoublés; et M. Verneuil termina la discussion par un discours magistral, auquel on ne pouvait reprocher que d'avoir la partie trop belle. Il réunit, sous forme de tableau, les résultats peu flatteurs de l'hystérectomie vaginale, montra « le pronostic si sombre de la grande opération », les désillusions qu'elle avait engendrées, lui attribua une « gravité que bien peu d'opérations dépassent de nos jours », et alla même jusqu'à dire « qu'elle abrège considérablement la vie par la rapidité de la récidive ».

Le discours de M. Verneuil fit une impression profonde; les partisans de l'hystérectomie vaginale, battus à plate couture, rentrèrent dans le silence et la méditation.

Il est intéressant de voir les adversaires de cette opération en 1888, ceux qui la réprouvaient surtout pour son énorme gravité, l'adopter aujourd'hui pour des cas où elle est d'une exécution plus difficile que dans le cancer utérin. Ils peuvent mettre en avant, sans doute, le but thérapeutique moins incertain, mieux défini que dans le cancer; mais leur gros argument d'alors, je le répète, était la gravité, car, celle-ci disparue, je ne vois pas trop quel motif aurait pu leur faire préférer les amputations partielles. Il paraît que cet argument a perdu désormais beaucoup de sa valeur, puisque nous voyons Reclus, jadis peu favorable à l'opération radicale, se joindre à Segond pour la substituer aux interventions sus-pu-

biennes dans les cas de suppurations péri-utérines [1]; évolution, d'ailleurs, légitime et toute naturelle.

Mais avant de montrer ce que vaut aujourd'hui l'hystérectomie vaginale et comment l'opinion s'est modifiée à son égard, examinons un peu ce qu'elle valait en 1888, quelles sont les causes qui l'ont tout d'abord compromise, et quels résultats éloignés nous ont donnés nos premières opérations.

Trois chirurgiens seulement, parmi nous, pouvaient fournir un chiffre ayant quelque importance : Bouilly avait 29 opérations et 7 morts ; Terrier, 21 opérations et 4 morts ; Richelot, 24 opérations et 9 morts. J'étais, comme on le voit, le plus malheureux des trois ; on me l'a bien fait sentir. J'avais fait plus d'une école, et je n'ai pas de honte à reconnaître que certaines de mes premières opérations n'avaient aucune valeur. Sans doute, la recherche du mieux, qui est l'ennemi du bien, m'avait entraîné; je n'avais pas imité la prudence de ceux qui trouvent le moyen de savoir les questions sans les apprendre à leurs dépens, et à qui je disais dans la discussion : « Je prie ceux de mes collègues qui se sont réservés plus que moi, de considérer que leur expérience vient un peu de ce que d'autres se sont compromis à leur place. »

Ainsi, je n'ai pas toujours su ce qu'on pouvait faire de ces cols utérins à moitié détruits par l'ulcération, profondément excavés, amincis, encore un peu saillants et mobiles, avec des culs-de-sac peu profonds mais ayant conservé une partie de leur souplesse. On peut les saisir doucement sans les déchirer, les côtoyer sans blesser la vessie et venir à bout de l'hystérectomie totale, mais dans presque tous les cas la propagation est certaine, bien qu'un examen attentif des ligaments larges ne l'ait pas révélée. J'ai opéré, le 9 septembre 1886, une femme dont le col était peu saillant et déjà trop infiltré [2] : elle mourut à la fin du troisième jour avec des phénomènes nerveux singuliers, aphasie et convulsions. A l'autopsie, la plaie vaginale était fermée, le péritoine absolument sain, mais les deux uretères étaient gros comme le petit doigt et les reins altérés (néphrite interstitielle) ; le tissu cancéreux avait donc envahi sournoisement et comprimé les uretères. Je sais maintenant qu'avec de pareils cols on peut avoir des surprises et que le plus souvent l'hystérectomie est inutile ou dangereuse; mais encore fallait-il l'avoir observé.

D'autres fois, j'ai opéré sciemment sur un mauvais terrain, faisant ce que les circonstances m'imposaient et ne songeant

[1] *Bull. de la Soc. de chir.*, 25 mars 1891.

[2] R. de Madec, Traitement chirurgical du cancer de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1887, p. 92).

pas à ménager la statistique ; mais les critiques n'entrent pas dans ces détails. Exemple : une femme de 51 ans, diabétique, m'est amenée au mois d'août 1888. Elle appartient à une famille bien curieuse : sa mère est morte à 67 ans d'une « tumeur abdominale » avec pertes utérines, sa tante d'un cancer de l'estomac, son frère aîné d'un anthrax diabétique, le second d'un cancer de l'estomac ; six autres frères et sœurs sont profondément arthritiques. Elle-même rend par jour 50 grammes de sucre et porte un cancer utérin paraissant bien limité au col. Je refuse de l'opérer, j'explique à plusieurs membres de sa famille la fragilité de la malade et les dangers de l'intervention ; mais on insiste, on revient à la charge, et finalement je me laisse forcer la main, non sans avoir fait subir à la malade un traitement qui fait tomber le sucre à 7 ou 8 grammes. L'utérus est mobile, l'opération marche bien et les suites s'annoncent favorablement ; puis, le troisième jour, sans hémorrhagie, sans péritonite, l'opérée faiblit tout à coup et s'éteint doucement en quelques heures. Avais-je eu tort de céder aux instances qui m'étaient adressées ? Il m'est difficile, je l'avoue, de considérer comme fautes ces interventions hasardées, après les cas assez nombreux où j'ai vu des diabétiques résister aux grandes opérations, et notamment après une extirpation du rectum que j'ai faite par la voie sacrée le 17 avril 1891 dans les conditions les plus graves, chez un diabétique de 53 ans qui l'a merveilleusement supportée.

Un autre jour, il s'agissait d'une malade de 59 ans que j'avais vue en consultation à Nevers, et qui portait alors une tumeur rétro-utérine de nature suspecte. Venue à Paris un mois plus tard, le mal avait fait de rapides progrès, et je ne pouvais plus songer qu'à une intervention palliative, dirigée contre les douleurs, les hémorrhagies et la compression de l'intestin. C'était un cancer du petit bassin, mou et saillant dans le cul-de-sac de Douglas, qui commençait à s'ulcérer ; l'*utérus était hors de cause*. Je fis une incision vaginale en arrière du col et j'enlevai une grande partie du tissu morbide avec la curette ; pour aller plus loin, je me décidai à supprimer l'utérus lui-même, ce qui devait ouvrir largement le petit bassin et me donner du jour sur le néoplasme. On n'en serait plus scandalisé aujourd'hui ; cela s'appellerait une « hystérectomie vaginale préliminaire ». La malade, faible et cachectique, succomba au collapsus. Eût-il mieux valu m'abstenir ? Je le veux bien, quoi qu'il soit beaucoup plus commode de juger ces cas à distance, en lisant rapidement une observation, que de choisir au lit de la malade le parti le plus humain et le plus rationnel ; mais ce qui serait injuste, ce serait de ne pas voir là un cas tout à fait particulier, dans lequel l'ablation d'un utérus parfaitement sain constituait,

pour ainsi dire, un temps accessoire, et qui n'a vraiment rien à voir avec les indications de l'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin.

Enfin, j'ai fait des erreurs de manuel opératoire. M. Verneuil me convie un jour à faire dans son service une hystérectomie vaginale. Le cancer est bien limité, tout marche à souhait. Les deux utérines étant saisies d'abord, tandis que je poursuis la dissection, la pince de gauche, mal serrée, dérape. L'utérus libéré à droite est amené au dehors, et l'opération rapidement terminée par le pincement de la corne gauche. J'examine le champ opératoire : par malheur, l'utérine lâchée ne saigne pas, et moi, par une singulière aberration, je n'ai pas l'idée de provoquer l'écoulement sanguin pour la voir et la saisir de nouveau. En résumé, trois pinces demeurent sur les ligaments larges, deux à droite en étages, et une sur la corne gauche; l'utérine étant libre de ce côté, il arrive ce qui était fatal : hémorrhagie dans la journée et mort le soir. N'ai-je pas le droit d'affirmer qu'il était facile de mieux faire, que l'opérateur seul est responsable, et qu'on aurait tort de s'appuyer sur un pareil fait pour accuser l'hystérectomie d'être grave ?

On voit combien il serait aisé, en interprétant quelques faits au lieu de les consigner en bloc, de faire varier d'un gros chiffre le tant pour 100 et d'améliorer nos brèves statistiques des premières années.

Quant aux résultats éloignés, ils sont tels qu'on devait s'y attendre, mais ils ne sont pas nuls. Sur quinze malades guéries de l'opération, j'en comptais à peine la moitié chez lesquelles il n'y eût pas trace visible de propagation cancéreuse ; chez les autres, le col friable et adhérent, l'induration d'un ligament large reconnue avant ou pendant l'acte chirurgical, l'envahissement du cul-de-sac postérieur, voire même quelques noyaux disséminés sur la paroi vaginale, ne pouvaient laisser aucun doute sur l'avenir. Restent donc six ou sept malades sur lesquelles on avait le droit de fonder quelque espoir. Dans ce groupe minuscule, quatre morts sont survenues entre six et dix-huit mois ; mais il en reste trois, bien vivantes et sans récidive. La première, opérée à l'Hôtel-Dieu le 31 août 1886, est en parfaite santé depuis cinq ans et un mois. La seconde, opérée à Lorient le 14 novembre de la même année, avec l'assistance de mon ami Le Diberder, est dans les mêmes conditions depuis quatre ans et onze mois. La troisième, enfin, m'a causé tout récemment une agréable surprise : je l'avais perdue de vue et je la croyais plutôt morte que vive ; mais il y a quelques semaines, ayant un service à me demander, elle reparut et fut très étonnée du plaisir que me fit sa visite. Elle se porte à merveille depuis le 28 avril 1887, ce qui fait quatre ans et cinq mois.

Je dis que ces résultats ne sont pas nuls, et qu'ils sont même relativement heureux, quand on songe qu'ils appartiennent à une période où il y avait encore incertitude dans les indications et mortalité opératoire.

Après la discussion soulevée par M. Verneuil, je conçus le projet, voulant m'éclairer en toute conscience, d'étudier parallèlement, sur nouveaux frais, l'amputation partielle et l'hystérectomie. J'avoue que je ne pus me résoudre à faire des sections sous-vaginales, au risque d'enlever incomplètement des cancers bien nettement circonscrits; mais je voulais mettre en regard de l'hystérectomie une série d'amputations sus-vaginales du segment inférieur.

Je commençai, dès le mois de novembre 1888, par une malade qui portait une ulcération bourgeonnante intra-cervicale bien limitée à la lèvre postérieure; opération facile et guérison rapide. Pendant deux ans je ne vis plus mon opérée, et j'aurais pu m'applaudir d'une survie aussi longue. Mais il est spécieux, à mon avis, d'additionner simplement les mois de survie sans noter l'époque où la récidive commence, et d'en conclure à l'utilité de l'intervention; car il ne dépend pas du chirurgien ni du mode opératoire adopté que la marche de la récidive soit plus ou moins rapide. Ce qu'il faut savoir, pour juger l'opération, c'est le nombre de mois ou d'années qu'elle *ajoute* à la vie, si tant est qu'on puisse le déterminer; l'intéressant, à ce point de vue, c'est le temps qui s'écoule avant l'apparition de la récidive. Or, chez la malade en question, la rémission n'a pas été de plus d'un mois ou six semaines; les douleurs sont aussitôt revenues, et le mal a repris sa marche comme si on n'y avait pas touché. Elle dit elle-même qu'elle n'a jamais été guérie, et je sais par son médecin que des bourgeons cancéreux se sont promptement développés sur le moignon et dans les annexes. Qu'elle ait vécu deux ans tant bien que mal, et qu'aujourd'hui seulement elle commence à jaunir, cela n'ajoute rien au mérite de l'amputation partielle.

Le 4 mai 1889, je fis une nouvelle tentative sur une malade que Porak m'avait envoyée à l'hôpital Tenon, ne sachant trop s'il y avait cancer ou métrite du col; c'est dire que la tumeur était, en apparence, bien près de son début. Le fait est que le toucher ne révélait pas, comme d'habitude, la nature du mal; au spéculum, on voyait une grosse lèvre antérieure en éversion, dont la face interne légèrement bosselée pouvait très bien donner le change. En constatant que la surface de cette muqueuse était friable, je conclus à un épithéliome encore très peu développé : c'était bien l'occasion de mettre à l'épreuve l'amputation sus-vaginale. La malade alla bien tout d'abord; puis, au bout d'une dizaine de jours, une vive sensibilité apparut dans tout l'hypogastre, avec suinte-

ment sanguin, masses dures au toucher vaginal. La plaie, au lieu de se cicatriser, se transformait en ulcération anfractueuse ; le tissu morbide repullulait à vue d'œil, comme si l'opération eût été la cause d'une nouvelle poussée cancéreuse. La malade était pâle, déprimée, subdélirante, et elle quitta l'hôpital en très mauvais état. Je l'ai perdue de vue, mais il est certain qu'elle n'a pas duré bien longtemps.

Médiocrement encouragé par ce résultat, j'attendais l'occasion d'inaugurer une nouvelle série d'hystérectomies vaginales, mais le hasard ne m'amenait que des cancers inopérables. Enfin, le 2 janvier 1890, je fis une extirpation totale, et une seconde le 31 janvier. Femmes de 23 et de 41 ans; chez la première, un bourgeon dépendant de la lèvre antérieure faisait saillie par l'orifice du col; chez l'autre, ulcération intra-cervicale profonde, lèvre postérieure surtout excavée et raccourcie; mobilité de l'utérus. Sur les deux pièces, par une singulière coïncidence, un fait me frappa : le tissu morbide, bien limité aux couches internes de la paroi cervicale, dépassait la partie la plus élevée de l'isthme utérin et pénétrait un peu dans la cavité du corps. De telle façon que, si j'avais pratiqué la sus-vaginale, j'aurais certainement laissé du cancer sur le moignon, et les deux malades aujourd'hui seraient mortes ou en pleine récidive. Or, ces deux femmes, pour avoir subi l'ablation totale, sont en parfaite santé depuis près de deux ans.

Les faits antérieurement connus me revinrent alors en mémoire, y compris les huit cas de M. Verneuil auxquels j'ai fait allusion plus haut ; les exemples, cités par les auteurs, de lésions épithéliales de la muqueuse utérine en continuité avec celles du col ; ceux, plus rares il est vrai, de noyaux cancéreux trouvés dans le corps à distance de l'épithélioma cervical. Et je me dis que je n'avais pas le droit, pouvant faire mieux, de m'exposer à des surprises pareilles, et de refuser à mes malades les bénéfices d'une opération dont je connaissais depuis longtemps la technique, et dont la bénignité relative, malgré tous les faits contradictoires, m'était suffisamment démontrée.

Depuis lors, je revins sans réserve à l'hystérectomie totale dans les cancers limités à l'utérus ; je la pratiquai aussi pour des affections non cancéreuses, de telle sorte que j'ai maintenant une série nouvelle de 80 opérations. Malgré l'aridité des chiffres et les défauts de la statistique, j'en donnerai une courte analyse.

Commençons par le cancer : 22 opérations, 1 mort. Et celle-ci est bien de ma faute ; elle est survenue chez une femme de 52 ans, maigre, à cheveux blancs, plus vieille que son âge, ne rendant pas d'albumine, mais très affaiblie et portant un de ces cols presque détruits dont j'ai parlé plus haut, c'est-à-dire un cancer un peu

trop mûr pour que l'ablation totale fût pleinement justifiée. Je donne mon intervention pour ce qu'elle vaut. L'opération dura une demi-heure et ne présenta aucun incident fâcheux. A partir du surlendemain, continuation des vomissements, langue sèche, pouls faible et fréquent, apathie et subdélirium ; température, 37°,5. L'ensemble des symptômes me rappelait une malade de 68 ans, que j'opérai le 21 octobre 1887 pour un cancer du corps, et chez qui la suppression du pansement iodoformé fit cesser tout à coup les phénomènes alarmants. Mais ici il n'en fut pas de même, et malgré tous nos soins la malade, qui n'avait ni douleur apparente, ni ballonnement, ni température élevée, succomba le matin du cinquième jour. Rien à l'autopsie, pas une goutte de sang ni de sérosité dans le péritoine, aucune lésion d'organes pouvant expliquer la mort.

Parmi les 21 guéries de l'opération, puisqu'il s'agit de cancers, nous avons naturellement à faire la part du feu ; car je n'ai pas la prétention, aujourd'hui plus qu'il y a deux ans, de supprimer toute récidive ; quels que soient nos succès relatifs dans l'avenir, il faut savoir être modestes et nous contenter de peu. Sur les 21 opérées, je compte, à l'heure qu'il est, 4 récidives ; mais il faut bien s'entendre sur la valeur de ce mot.

Une femme de 29 ans est opérée, le 22 mai 1890, pour un cancer du col affleurant déjà le cul-de-sac postérieur, mais laissant à l'utérus toute sa mobilité. A droite, la pince longuette qui saisit la moitié inférieure du ligament large est appliquée sur une traînée de tissu cancéreux dont je n'avais pas reconnu la présence. Deux mois après le retour de l'opérée à Troyes, je reçois une lettre qui m'annonce la reprise des douleurs et l'aggravation de l'état général. Il s'agit là, non d'une récidive survenue après une rémission franche, mais d'une continuation pure et simple du mal, dont l'extension m'avait échappé. A vrai dire, quand la propagation est discrète, ces lacunes du diagnostic sont quelquefois inévitables.

Le 19 octobre 1890, j'ai fait une opération analogue, mais de propos délibéré, chez une femme de 23 ans. L'utérus était encore mobile, mais il y avait comme une bride cancéreuse qui reliait le col utérin à la base du ligament large gauche. La pince longuette destinée à saisir l'utérine fut placée, comme je m'y attendais, sur le tissu cancéreux. L'opération eut des suites bénignes ; mais au bout de quelque temps la malade se remit à souffrir, devint peu à peu cachectique et mourut au bout de quatre mois. Il est bien entendu qu'ici l'hystérectomie ne valait pas mieux qu'une amputation partielle ; si je l'ai faite, c'est qu'ayant l'utérus dans la main, je l'ai trouvé assez docile pour l'enlever sans grands efforts et pour être sûr de ne rien compromettre ; c'est affaire de circonstances

et de tempérament, mais je ne préconise ni ne veux défendre, en pareil cas, l'hystérectomie vaginale.

Une autre fois, c'était une femme de 51 ans, grasse, affaiblie et d'un jaune paille des plus caractéristiques ; le fond du vagin était rempli par un énorme fongus. Je n'eus pas, en la voyant, la moindre idée de faire une opération radicale ; je comptais enlever le fongus et faire une résection atypique du col au milieu des tissus envahis. Je n'espérais même pas, à cause du teint cachectique, un résultat palliatif durable. Grande fut ma surprise, quand la malade fut endormie (6 mai 1890), de voir que mon examen avait été trop sommaire, que le fongus tenait seulement à la lèvre antérieure, que la postérieure était libre, la paroi vaginale épargnée et l'utérus assez mobile. Mes premières incisions faites, l'utérus descendit, et il ne m'en coûta pas plus de substituer l'hystérectomie à la sus-vaginale. Ici encore, j'ai été jusqu'au bout, parce qu'ayant l'habitude de l'opération et sachant combien les suites en sont bénignes, j'ai vu que je pouvais la faire avec sécurité ; mais, malgré la souplesse des culs-de-sac et l'absence de propagation visible, je n'avais aucune prétention à faire mieux par une ablation totale que par une amputation limitée. Cependant, l'influence de l'opération fut extraordinaire : la malade reprit vite son appétit, ses forces et un teint normal ; on l'appelait dans le service « la femme déjaunie ». Elle nous quitta en parfaite santé et resta guérie pendant six mois. En juillet, en novembre, je constatai encore l'indolence et la souplesse des tissus. En décembre seulement, quoiqu'elle fût toujours bien portante, apparut derrière la cicatrice une petite induration circulaire ; en mars, elle devint très malade, et mourut au mois de mai, un an juste après l'opération.

Enfin, le 21 octobre 1890, j'opérai une femme de 40 ans, dont l'utérus était mobile et fut énucléé sans trop de peine, mais dont le col, occupé au centre par un bourgeon fongueux, était infiltré dans ses deux lèvres de telle façon que les pinces déchiraient son tissu et qu'il me fallut exécuter les premiers temps avec douceur. Il n'était ni raccourci par l'ulcération ni profondément excavé, mais seulement un peu friable ; or, ce défaut de résistance de la paroi cervicale envahie en totalité laisse bien peu de chances pour que les lymphatiques ne soient pas contaminés au delà des limites que nous pouvons atteindre. Le fait est que ma malade, promptement rétablie et pendant trois mois bien portante, avait, le 21 janvier 1891, un petit noyau dur sous-muqueux avec quelques douleurs irradiées, et le 20 février des indurations multiples dont la nature ne faisait aucun doute. On nous parlait alors des injections de violet de méthyle dans les tumeurs malignes inopérables ; j'en fis une vingtaine, après lesquelles un gros bourgeon sphacélé s'éli-

mina, mais les douleurs et l'amaigrissement n'en furent pas arrêtés, et la pauvre femme mourut à la fin de juin.

En somme, voilà quatre cas où la récidive était prévue, inévitable. L'hystérectomie a été faite parce que l'envahissement cancéreux était assez restreint pour laisser au chirurgien sa liberté d'action ; elle a été préférée pour des raisons d'ordre secondaire, mais elle n'avait pas, *a priori*, d'autres mérites qu'une amputation partielle. Ces quatre faits laissent donc entière la question controversée et ne préjugent rien de la valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale dans les cas où elle peut prétendre à une guérison durable.

Il faut maintenant, à ces quatre faits, en ajouter un cinquième où la mort, survenue deux mois après l'opération, est absolument de ma faute. Chez une femme venue de Montauban et opérée le 13 novembre 1890, j'avais perforé la vessie avec le doigt. C'est un accident peu grave et facile à réparer séance tenante ; si la réunion primitive manque, la fistule guérit d'elle-même ou bien on la répare secondairement. L'essentiel est d'attendre, de patienter ; la plaie bourgeonne et arrive à combler l'orifice, ou bien elle le rétrécit tellement qu'on n'a presque plus rien à faire. Chez la malade en question, le malheur est que j'ai voulu me presser, parce que, désolée d'avoir quitté son pays et geignant sans cesse, elle avait hâte de guérir et me harcelait. Je fis d'abord, le 6 décembre, une première restauration qui sembla réussir ; mais la malade, qui avait quitté l'hôpital en bon état, revint bientôt perdant son urine, et se remit à pleurer jour et nuit. J'eus le tort de céder à ses prières et de fermer encore la fistule dans les premiers jours de janvier. Le lendemain, symptômes graves de péritonisme, et mort le soir. L'autopsie n'ayant pu être faite, j'ignore ce qui s'est passé ; mais je suppose que mon aiguille a perforé la cloison cicatricielle qui limitait le fond du vagin, et fait couler l'urine dans le péritoine. Je répète qu'il faut laisser la plaie vaginale se combler peu à peu, la cicatrice s'épaissir et se consolider, pour intervenir en dernière analyse sur un orifice déjà rétréci au maximum. C'est pour n'avoir pas agi de la sorte que j'ai à mon passif un cinquième revers après guérison opératoire, chez une femme qui avait des chances pour survivre longtemps. On m'accordera qu'il ne s'agit plus ici de la récidive du cancer ni de la valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale.

Avant de parler des cas plus heureux, je terminerai ce que j'ai à dire sur les fistules. Il peut survenir, en dehors de toute faute opératoire, de petites perforations vésicales, et cela au bout de huit ou dix jours, quand on a renouvelé les tampons et commencé les injections vaginales. Sans doute, elles succèdent à la chute

d'une eschare ; je ne les crois pas dues à la pression des pinces, car j'en ai vu surtout au début de la série et je n'en vois plus ; pour la même raison, je pense qu'on les évite en rasant mieux l'utérus, comme je sais le faire maintenant, et en laissant accolé au bas-fond de la vessie tout le tissu cellulaire qui la double. Quoi qu'il en soit, ces fistulettes guérissent très bien d'elles-mêmes ; témoin une opérée du 6 novembre 1890, chez qui on m'a persuadé d'intervenir parce que l'utérus était très mobile et descendait facilement ; mais le cancer avait détruit la portion sous-vaginale, affleurait les culs-de-sac et était si près de la vessie que je dus l'en séparer patiemment, à petits coups de bistouri et par une dissection très laborieuse. La paroi vésicale n'étant plus qu'une mince pellicule, c'était la meilleure condition pour que l'accident se produisît ; l'urine, cependant, ne se perdit qu'à partir du 14 novembre. La malade, opérée dans des conditions qui paraissaient très mauvaises, est aujourd'hui bien portante et sans récidive depuis un an ; la fistule coulait très peu en janvier 1891 et n'existait plus en février.

Si la fistule ne guérit pas d'elle-même, on peut l'oblitérer ; mais je répète qu'il faut savoir attendre, d'abord à cause de la guérison spontanée, ensuite à cause du danger d'intervenir trop tôt. C'est ce que démontre encore une opérée du 29 novembre 1890 ; elle eut, au bout de huit jours, une petite perforation, que je fermai un peu trop vite, comme chez la malade de Montauban. La même faute, commise à peu près à la même date, n'eut pas un aussi funeste résultat ; l'ouverture vésicale resta close, mais mon aiguille accrocha une anse d'intestin grêle qui doublait la cicatrice vaginale encore mince et incomplète, et c'est l'intestin qui devint fistuleux. J'attendis longtemps ; puis, prenant le parti d'aider la nature, je fis une incision transversale ; je reconnus la muqueuse de l'intestin grêle, je trouvai même, encore planté dans cette muqueuse, le crin de Florence auteur du méfait, et je refermai l'anse par une suture à trois étages qui tint parfaitement ; la malade est complètement guérie.

Faisons maintenant l'analyse des cas heureux, jusqu'à présent du moins. Sur les 21 malades, j'en ai 16 bien portantes. Je ne dis pas 16 vivantes, ce qui ne signifierait absolument rien, comme je l'ai déjà établi ; car ce n'est pas la mort, c'est le début même de la récidive qui marque l'insuccès thérapeutique. Ce qui est intéressant, je le répète, c'est la survie sans récidive.

Or, il y a cinq opérées du 2 mai au 10 octobre 1891, sur lesquelles je n'ose rien dire ; mais les onze qui vont du 2 janvier 1890 au 31 janvier 1891, ont une réelle valeur, puisque la plus récente a huit mois de bonne santé, et la plus ancienne un an et dix

mois [1]. J'ai toujours vu la récidive débuter dans les six premiers mois ; je n'ignore pas qu'il y en a de beaucoup plus tardives, mais le hasard fait que je n'en ai pas observé, et il est certain que, pour tous les auteurs, elles deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on s'éloigne de cette période, et surtout de la première année. Si bien que, dans certaines statistiques, on appelle « guéries » les malades qui ont passé deux ans. J'ai donc le droit de dire que la plupart de mes opérées s'annoncent bien, et je ne puis oublier que, dans ma première série, j'ai trois femmes, sur un nombre total insignifiant, qui restent guéries depuis quatre ans et demi et cinq ans passés.

Il est intéressant d'examiner dans quelles conditions l'hystérectomie a été faite. Les deux plus anciennes avaient, comme je l'ai dit, du cancer jusque sur la muqueuse utérine ; c'est bien à l'extirpation totale qu'elles doivent leur santé d'aujourd'hui. Sur les quatorze qui suivent, j'en trouve neuf chez qui le néoplasme occupait une des lèvres du col ou les deux, mais seulement à leur face interne ou dans leur moitié inférieure ; ce sont là des cas favorables. Une dixième (10 oct. 1891) avait un cancer du corps bien nettement circonscrit ; c'est peut-être la plus heureuse. En voici quatre un peu moins bien partagées : chez la première (13 février 1890), le tissu morbide était près des culs-de-sac, mais l'utérus avait une grande mobilité : chez la seconde (11 octobre 1890), la paroi vaginale était un peu touchée en arrière du col ; chez la troisième (2 mai 1891) une grosse masse fongueuse affleurait le cul-de-sac vaginal en arrière et à gauche ; chez la quatrième enfin (11 juin 1891), c'était le cul-de-sac latéral droit, mais la souplesse du ligament large paraissait entière. Dans ces derniers cas, la sûreté de l'opération et de ses suites immédiates était la même que dans les premiers ; quant au résultat thérapeutique, il est le même depuis cinq, six, douze et vingt mois. Mais il faut remarquer surtout l'opérée du 6 novembre 1890, celle dont j'ai parlé tout à l'heure à propos des fistules. Son col était rongé, détruit au point que j'ai dû faire ma première incision sur la paroi vaginale. C'était un de ces cas où il y a toujours envahissement, peu ou prou ; et je ne me souciais nullement d'y toucher, quand mes internes me firent remarquer la mobilité paradoxale de l'utérus. Le fait est que

[1] Je dois cependant faire une réserve au sujet d'une malade opérée le 17 juin 1890. Elle avait un petit bourgeon d'apparence épithéliale ; l'histologie l'a d'abord déclaré tel, puis elle s'est ravisée, est demeurée dans le doute et nous y a laissés. Pareille mésaventure est arrivée plus d'une fois aux micrographes les plus habiles, dans les cas de lésions peu avancées. Je me résigne donc à avoir une malade dont la guérison ne pourra jamais être invoquée comme un argument sans réplique.

l'organe descendait à la vulve sans efforts, ce qui voulait dire, sans doute, que la propagation n'avait pas marché vers les ligaments larges. En effet, je trouvai cette propagation entre la vessie et l'utérus, doublant si bien la première que j'eus grand'peine à la disséquer; mais le reste de l'opération fut facile, et, depuis un an, la malade est aussi bien portante que les autres. Quoi qu'il arrive désormais, le bénéfice de mon intervention est acquis ; l'opération a été bonne.

En présence d'un pareil fait, certainement plus rare que je ne le croyais il y a quelques années, je ne puis accepter aveuglément certaines critiques d'autrefois, ni admettre que les indications de l'hystérectomie vaginale sont toujours nettes et tranchées, ni blâmer ceux qui hésitent avant de condamner leur malade, ni considérer toujours comme une « dissection exploratrice » audacieuse et criminelle l'incision vaginale entreprise sur des présomptions favorables, et pouvant conduire soit à une simple résection palliative, soit à une ablation radicale et heureuse comme la précédente.

Après tout ce qu'on a dit et écrit sur l'hystérectomie vaginale depuis quelques années, je ne crois pas utile de revenir, en guise de conclusion, sur les conditions requises pour que l'opération soit bonne, sur la nécessité d'un examen attentif et d'un diagnostic serré, non plus que sur les motifs qui m'ont déterminé à ne pas la proscrire, et que j'ai développés dans les pages qui précèdent. Mais je tiens à dire, en terminant ce chapitre, que l'hystérectomie vaginale me paraît en train de se réhabiliter parmi nous, si ce n'est déjà un fait accompli, non par des polémiques où dominent les raisons de sentiment et les questions personnelles, mais par le travail lent et consciencieux, par l'étude et l'accumulation des faits. M. Verneuil lui-même, par son opposition réfléchie et scientifique, n'aura pas peu contribué à cette évolution. Il nous a montré, sans indulgence, les côtés difficiles de la question et les incertitudes de la pratique; c'est un rôle bienfaisant qu'il ne reniera pas. Et, sans savoir dans quelle mesure il trouve légitimes nos opinions d'aujourd'hui, je suis bien sûr qu'il ne désapprouve pas nos efforts.

Présentation de pièce.

Lipome de l'index de la main gauche,

Par le Dr L. Dubar (de Lille).

Les lipomes exclusivement limités aux doigts sont des tumeurs

très rares, ce qui nous engage à présenter le fait suivant à la Société de chirurgie.

V... (Léontine), ménagère, âgée de 42 ans, entre le 17 août 1891 à l'hôpital de la Charité de Lille pour se faire enlever une tumeur de l'index de la main gauche, qui la gêne pour travailler. Cette tumeur a débuté il y a huit ans (en 1883) sans cause connue par la face palmaire de la première phalange. Pas de coup ni de blessure antérieurs. La malade crut au début à une piqûre d'insecte, qui aurait déterminé un léger gonflement. La tumeur s'accrut lentement et progressivement, gagnant les côtés et un peu la face dorsale de la première phalange, puis empiétant sur la seconde phalange et enfin s'étendant à la commissure intermédiaire à l'index et au médius. Cette dernière extension est, au dire de la malade, la cause principale de la gêne éprouvée dans les mouvements des doigts et la raison qui lui fait désirer l'ablation de sa tumeur. Celle-ci est toujours restée complètement indolente.

Lorsqu'on examine la main gauche, on constate que l'index porte sur la première et sur la moitié supérieure de la seconde phalange une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, principalement saillante en avant et du côté du medius. Le doigt paraît la traverser, car la tumeur s'est étendue également en dehors et un peu du côté dorsal. En haut elle s'arrête au pli digito-palmaire et n'empiète pas sur la paume de la main. Le doigt étant dans l'extension, on peut faire exécuter à la tumeur quelques mouvements dans le sens vertical; elle n'est donc pas adhérente aux os. La peau a sa coloration normale ; elle est tendue mais non adhérente à la tumeur. Celle-ci est lisse avec quelques larges bosselures surtout accusées sur les parties latérales, d'une consistance molle dans toute son étendue sans aucun point d'induration. Elle paraît être le siège d'une fluctuation très marquée. Des pressions réitérées n'y révèlent pas de crépitation.

Ces différents caractères font songer tout d'abord à une collection liquide non inflammatoire, à un kyste synovial de la gaine des fléchisseurs. Toutefois, le volume de la tumeur, sa large expansion sur les côtés du doigt, l'intégrité complète des mouvements de flexion et d'extension, nous engagent déjà à faire quelques réserves. D'autre part, en lisant la relation des faits publiés de lipomes des doigts, nous relevons entre eux et notre cas de telles analogies, que nous finissons par incliner vers ce dernier diagnostic.

La malade est opérée le 24 août. Après l'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, on arrive sur une mince membrane fibreuse, qui laisse voir au-dessous d'elle un tissu jaunâtre. Il s'agit bien d'un lipome lobulé et encapsulé. Il est énucléé en totalité sans difficulté. Nous ne rencontrons quelques adhérences qu'au niveau de la gaine des fléchisseurs, dont il faut séparer le lipome par dissection.

La tumeur enlevée a le volume d'un œuf de poule. Elle est formée histologiquement par du tissu graisseux et très peu de tissu conjonctif.

La cicatrisation de la plaie opératoire est complète le 7 septembre. Le doigt a conservé l'intégrité de ses mouvements.

Voici l'indication des sept cas de lipomes limités aux doigts qui ont été rassemblés par A. Poulet dans un mémoire publié en 1886 dans la *Revue de chirurgie* sur les lipomes acquis de la main et des doigts. Nous n'en avons pas rencontré de nouveaux signalés depuis cette époque. Il existe un fait récent de lipome de la main avec extension à la première phalange de l'index gauche, mentionné dans le *British medic. Journal* (1er semestre, 1889). Il appartient à Twynam. La tumeur était tellement fluctuante qu'on l'avait prise pour un kyste et qu'on l'avait ponctionnée.

1er CAS (Follin). — Homme de 50 ans. Lipome du médius (*Gazette de Paris,* 1852, p. 413).

2e CAS (Neyber). — Femme de 67 ans. Seconde phalange de l'annulaire gauche (*Hygicia swenska Lak.*, p. 33, et *Jahresbericht de Gurlt et Hirsch*, 1870, Bd I, p. 184.

3e CAS (Volkmann). — Femme de 18 ans. Medius droit. (*Ranke*, *Archives de Langenbeck*, 1876, Bd XX, p. 380).

4e CAS (Volkmann). — Femme de 55 ans, face palmaire de la phalange ungéale du pouce droit (*Idem*, p. 381).

5e CAS (Richet). — Femme de 20 ans. Face palmaire de l'auriculaire droit (*France médicale,* 20 avril 1886, p. 344).

6e CAS (Mason Warren). — Enfant. Première phalange de l'un des doigts, cité par S. Gross (*Syst. of Surgery*, t. II, p. 1018).

7e CAS (Bigelow). — Simple mention faite par S. Gross. Un des doigts (*Syst. of Surgery*, t. II, p. 1018).

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

G. RICHELOT.

Séance du 4 novembre 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Pozzi, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° *Traitement chirurgical des calculs biliaires.* Mémoire envoyé pour concourir au prix Demarquay, sous la devise : *Nihil sine labore* ;

4° *Bulletin de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, t. XI. Bordeaux, 1890 ;

5° *Traité d'ophtalmologie*, par le Dr Enrique Lopez (de la Havane). Havane, 1890.

La Société, appelée à statuer sur la demande d'honorariat de M. Désormeaux, vote l'honorariat à l'unanimité des 23 membres présents.

A propos du procès-verbal.

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. Quénu. La communication de M. Terrillon a remis à l'ordre du jour le traitement de la salpingite par le procédé de M. Péan.

Je viens communiquer les résultats de onze opérations et dire quel est mon sentiment sur les indications et la valeur de cette méthode.

Sur les onze malades, six avaient des lésions suppuratives, quatre une inflammation catarrhale avec ou sans dilatation kystique, la dernière, enfin, une pelvi-péritonite renfermant un liquide séreux.

Voici d'abord le résumé des observations de salpingites suppurées[1].

Observations de salpingites suppurées.

Obs. I. — C. L..., âgée de 44 ans, entre à l'hôpital Cochin au mois de janvier 1891. Les premiers accidents du côté du ventre remontent à 17 ans; depuis 1874 jusqu'en 1890, Mme C... a souffert de poussées de pelvipéritonite qui l'obligeaient à rester plusieurs semaines au lit. Ces accidents ont eu pour origine une fausse-couche faite à l'âge de 27 ans. Depuis elle a toujours souffert, principalement au moment des époques; celles-ci se prolongent jusqu'à dix et douze jours, et s'accompagnent de violentes douleurs; au moment de son entrée à l'hôpital, la malade est dans une période aiguë, elle est amaigrie, pâle comme les hémorrhagiques, fébricitante. Le petit bassin est envahi par une masse dure, douloureuse, occupant tout le fond de la cavité, mais prédominante dans le cul-de-sac latéral gauche.

Opération le 24 mars 1891. L'ablation de l'utérus entraîne l'ouverture de poches pleines de pus. Les annexes ne sont pas visibles et pas enlevées, le péritoine n'est pas ouvert. Suites opératoires simples, sauf le 15e jour où, du côté gauche, il survint une douleur vive et un peu de tuméfaction locale. Deux ou trois jours après, un petit abcès se vida dans le vagin et la convalescence ne fut plus désormais interrompue. Sortie de l'hôpital le 6 mai.

La malade est revue à la fin de novembre dans un état des plus satisfaisants, elle ne souffre plus, a engraissé et jouit d'une excellente santé.

Obs. II. — *Pyosalpingite ouverte dans le vagin.*

L. L..., âgée de 27 ans, souffre du ventre depuis son premier accouchement. Il y quatre ans, des pertes en blanc et des pertes de sang irgulières s'ajoutèrent aux douleurs. La malade fut soignée par des cautérisations du col à l'alun. Un peu après, elle entra à l'hôpital Bichat pour y subir le curettage, mais là, la dilation faite avec des tiges de laminaire occasionna une poussée de salpingite du côté gauche. Séjour à l'hôpital de six mois. Un an après, la leucorrhée persistant, la malade se soumit à l'Hôtel-Dieu au traitement de M. Dumontpallier. Une amélioration notable suivit ce traitement et persista dix-huit mois; alors les douleurs abdominales reparurent, et au mois de décembre dernier, L... entra dans le service du professeur Hanot, avec une pelvipéritonite; celle-ci se termina par l'issue de pus et de sang dans le vagin. Depuis, douleurs persistantes, pertes sanguinolentes. Diagnostic : salpingite gauche suppurée ouverte dans le vagin.

Opération le 19 mai 1891. Péritoine ouvert. Extirpation des annexes. Suites des plus simples. Malade revue tout à fait bien portante fin septembre.

[1] Ces observations ont été prises par mes internes MM. Lamalhe, Touchard et Genouville. Les opérations ont été faites avec l'assistance de M. Baudouin.

Obs. III. — *Salpingite avec suppuration pelvienne, fistule persistante après l'opération.*

Mme M..., 29 ans, nous est amenée au mois de mai dernier sur un brancard, dans un état des plus déplorables. Sa maladie date d'une fausse-couche faite il y a six ans. Deux autres fausses-couches depuis. L'aggravation des accidents est récente : depuis un mois, la malade souffre horriblement du ventre, s'amaigrit, minée par la fièvre. Au moment de son entrée à l'hôpital, la température est à 39,5 ; on constate dans la fosse iliaque droite et dans l'hypogastre une tuméfaction dure, douloureuse, presque fluctuante en un seul point; les culs-de-sac du vagin sont effacés; la tumeur bombe dans le rectum, et là la fluctuation est des plus nettes. La veille de l'opération, T. 39,6. L'opération dure une heure et demie; plusieurs poches de pus sont ouvertes; au fond du long canal laissé vide par l'extirpation de l'utérus et l'ouverture des foyers, on n'aperçoit nulle part l'intestin, il est certain que le péritoine n'a pas été ouvert. Le soir de l'opération, le thermomètre tombe à 37,3. Aucun écoulement stercoral par le vagin pendant huit jours. Le neuvième jour on constate que l'injection vaginale ramène des matières fécales, la température s'élève le soir à 38 ou 38,2 pendant une semaine, puis la fistule se rétrécit, et le 21 juillet, date de la sortie, il ne passe plus de matières que lorsque la malade est purgée.

Cette petite fistule persistait encore fin de novembre. Santé générale parfaite.

Obs. IV. — *Pyosalpingite ouverte dans le vagin.*

D. A..., âgée de 35 ans, entre le 15 mai 1891 pour une pelvipéritonite. Début des accidents fin de 1888. A cette époque, évacuation par le vagin de près de trois quarts de litre de pus. Six mois après, nouvelle poussée inflammatoire et nouvelle évacuation. Il y a deux mois, répétition des mêmes accidents. Au toucher, tumeur du volume d'une tête de fœtus, remplissant le petit bassin et immobilisant l'utérus.

Opération le 9 juin ; durée une heure un quart.

Ouverture de plusieurs poches à contenu purulent fétide ; péritoine non ouvert; annexes non extirpées.

Sortie le 15 juillet guérie, revue le 3 novembre dans un état de santé locale et générale florissant (la malade, qui habite Perpignan, a fait sans fatigue le voyage pour m'amener une de ses parentes).

Obs. V. — *Pyosalpingite ouverte dans le rectum.*

Mme Ch..., âgée de 40 ans ; pertes de sang continuelles depuis son dernier accouchement (1887). Je lui donne des soins en 1888 pour une métrite hémorrhagique et pratique le curettage.

La malade reste deux ans et demi bien portante, sans perte d'aucune sorte. Puis, réapparition de pertes en blanc, aucun soin. Il y a six mois, accidents pelvi-péritonitiques, séjour au lit pendant six semaines.

Il y a un mois, reproduction des mêmes phénomènes et évacuation par le rectum d'un demi-litre de pus. Une masse volumineuse et dure est enclavée dans la cavité pelvienne.

Opération le 8 juillet. Ouverture de plusieurs poches pleines de pus. Pas d'extirpation d'annexes. La cavité abdominale n'est pas ouverte. Légère hémorrhagie au moment de l'enlèvement des pinces (après quarante-huit heures), tamponnement. Le troisième jour, apparition d'un liquide stercoral dans les injections. Fin de juillet, ni gaz ni matières ne passent plus par le vagin.

Guérison persistant le 1re novembre.

Obs. VI. — *Pyosalpingite ouverte dans le rectum.*

Mme H..., 34 ans, entre le 27 juillet pour une salpingite qui paraît remonter à plusieurs mois. Fièvre, douleurs, et à l'exploration bi-manuelle, tous les signes d'une salpingite suppurée avec périsalpingite. La malade quitte l'hôpital améliorée et rentre le 30 août. Quinze jours auparavant, l'abcès s'est vidé dans le rectum.

Opération le 14 octobre. Adhérences à la vessie et au rectum qui rendent la libération de l'utérus pénible. Fond de l'utérus très adhérent. Ouverture de plusieurs poches purulentes. Extirpation incomplète des annexes et du côté droit seulement. Péritoine non ouvert.

Aucune suite anormale. Etat de santé parfait le 4 novembre.

Observations de salpingites non suppurées.

Obs. I. — A. M..., 28 ans. 1er accouchement en 1885, éclampsie. Depuis, douleurs abdominales avec exacerbations. 2e accouchement en 1886; 3e en 1888; 4e en 1889. Pertes de sang continuelles depuis janvier 1891; pas un seul jour sans hémorrhagie. De temps en temps expulsion de caillots avec recrudescence des douleurs. Tout travail est devenu impossible. La malade est condamnée au repos au lit toute la journée. Le cul-de-sac postérieur et gauche est rempli par une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, mobile, extrêmement douloureuse; le cul-de-sac droit est douloureux.

Opération du 3 juillet. L'utérus descend facilement. On le sectionne sur la ligne médiane; des ligatures à la soie sont placées sur l'étage inférieur des ligaments larges. Une pince de chaque côté sur le reste.

Sortie le 30 juillet. Etat de santé excellent. On sent encore au toucher une collerette circulaire formée par du tissu de cicatrice, laissant ouvert un petit orifice où pénètre la pulpe de l'index.

Examen des pièces : utérus fongueux ; trompes triplées de volume, dures, vascularisées, muqueuse semblable à celle de l'utérus. Ovaires volumineux et kystiques.

Obs. II. — A. H..., âgée de 25 ans, entre salle Boyer, le 15 juin, lit n° 16. Accouchement en 1885, fausse couche en 1889, depuis leucorrhée, mais peu de douleurs; celles-ci datent de six mois. Interrup-

tion forcée du travail en février. Pas de paroxysmes douloureux au moment des règles. Pas d'hémorrhagies. Le toucher révèle à gauche une tumeur grosse comme un œuf de poule, indépendante de l'utérus, tuméfaction moindre à droite.

Opération le 23 juin. Trompes doublées de volume, fausses membranes à leur surface et à celle de l'ovaire gauche, ovaire droit moins malade, utérus sain.

Sortie le 20 juillet, ne ressent plus aucune douleur. La malade, revue fin octobre, se plaignait de nouveau de quelques douleurs (du reste, peu vives) depuis quelques jours.

Obs. III. — Mme B..., 30 ans, souffre dans le ventre depuis un accouchement qui remonte à dix ans. Tous les traitements possibles ont été essayés. Cautérisations, cures à Saint-Sauveur, à Salies, et depuis 1884, exacerbation des souffrances et ménorrhagies. Le ventre est tellement sensible que l'examen doit être pratiqué sous le chloroforme. Augmentation de volume des deux trompes.

Mme B... ne peut plus ni marcher ni se tenir debout et préfère tout tenter plutôt que de rester dans le *statu quo*.

Opération le 1er juin.

Salpingite double avec periovarite. Suites des plus simples. En juillet, la malade peut faire 6 à 8 kilomètres. Revue bien portante, fin d'octobre.

Obs. IV. — Mme L..., 40 ans, ni accouchement, ni fausse couche, symptômes hystériques jusqu'il y a quatre ans : tremblement, dyspnée nerveuse, boule, etc. Il y a quatre ans, aggravation de ces symptômes, à la suite d'une scarlatine; il survient alors de véritables attaques de nerfs, les règles deviennent excessivement douloureuses, et le ventre reste sensible, même en dehors des époques. La malade est obligée de garder le lit pendant toute la durée des règles, qui durent huit jours. Fatiguée de souffrir, cette malade vient me consulter, il y a deux ans, à l'hôpital Bichat et me supplie de l'opérer. Ne lui trouvant pas de grosse lésion du côté des annexes, je tâche de la faire patienter. La malade revient en 1891 et réclame avec tant d'insistance une opération, que je l'admets dans mon service à Cochin. L'ovaire gauche est augmenté de volume et excessivement douloureux.

Opération le 17 juillet. Manœuvres rendues difficiles par l'étroitesse du vagin et son peu d'extensibilité, décollement de la vessie difficile. Durée, trois quarts d'heures. Les ovaires et les trompes sont beaucoup plus malades qu'on ne pouvait le supposer. L'ovaire gauche a doublé de volume, il est comme enveloppé de fausses membranes anciennes. Les parois de la trompe correspondante sont dures, sclérosées, crient sous le scalpel. Les lésions sont moins accusées du côté droit. Le lendemain de l'opération, 37°,2. Urines sanguinolentes. Je mets une sonde dans la vessie et le doigt dans le vagin afin de chercher une perforation possible, je ne trouve rien; du reste, la vessie garde l'urine, puisqu'on retire par la sonde 500 grammes en vingt-quatre heures.

Les pinces sont retirées au bout de quarante-huit heures; une hémorrhagie grave se produit au moment où l'on déclanche une pince, celle-ci est immédiatement resserrée.

Le troisième jour, la température monte à 38°,5, le ventre se ballonne, mort le cinquième jour. A l'autopsie, rougeur du péritoine, adhérences des anses intestinales, pas de liquide. Perforation de la vessie au fond du vagin, dans l'étendue d'une pièce de 2 francs.

Obs. V. — *Pelvi-péritonite diffuse avec loges kystiques.*

Mme Th..., 28 ans, n° 6, salle Boyer, à Cochin. Entrée le 20 mai. Premier accouchement en 1885, deuxième en 1889, aucune mauvaise suite. Santé très bonne jusqu'il y a six mois. A cette date, elle est prise, dans l'intervalle de deux époques, de violentes douleurs abdominales survenant sous forme de crises. Les crises revenaient dix à douze fois par jour, s'accompagnaient de ballonnement du ventre; ni fièvre ni vomissements. Après une période douloureuse de trois semaines, il survint une accalmie de deux mois; alors nouvelles crises pendant dix jours. Les règles n'avaient pas reparu et n'ont pas reparu depuis. Depuis la dernière crise, le ventre s'est mis à augmenter de volume. Actuellement, on sent par le palper abdominal une tumeur inégale, bosselée, qui s'enfonce dans le petit bassin et remonte jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur est, dans sa plus grande étendue, franchement fluctuante et avait été prise par un médecin pour un kyste de l'ovaire. Sonorité dans les flancs. Au toucher, masse inégale et dure, immobilisant l'utérus et remplissant le petit bassin. Diagnostic : Salpingite avec pelvipéritonite diffuse et poches péritonitiques.

Opération le 17 juin. Section du col, section antéro-postérieure du corps, ouverture de plusieurs poches dont une spacieuse entre la vessie et l'utérus; trois d'entre elles renferment au moins 300 à 400 grammes d'un liquide séreux dans lequel flottent des grumeaux blanchâtres; il est impossible de découvrir les annexes. Péritoine non ouvert (durée, une heure).

Le 31 juillet, *exeat*. Du 15 au 31, la malade se plaignait encore de douleurs profondes, surtout à gauche, où on sentait comme une plaque dure. Aucune fièvre, aucun phénomène qui ait pu faire songer à de la tuberculose.

La malade a été revue au commencement d'octobre, elle a engraissé, a repris une vie active et ne ressent plus aucune douleur dans le ventre. Au toucher, plaque dure au niveau de la cicatrice vaginale et autour d'elle.

Si nous récapitulons les résultats de ces 11 observations, nous voyons que l'hystérectomie vaginale a donné : pour les 6 salpingites suppurées, 6 guérisons ; pour les 4 salpingites non suppurées, 3 guérisons et 1 mort ; pour 1 salpingite avec pelvipéritonite diffuse, 1 guérison ; ou, en totalité, 10 guérisons et 1 décès.

Il importe de ne pas envisager seulement les résultats opéra-

toires, mais d'examiner les conséquences immédiates et tardives de cette opération.

Dans les cas de salpingites suppurées, nous n'avons pu enlever (ni même apercevoir) les annexes qu'une fois complètement et une fois incomplètement (d'un seul côté). Dans 5 cas sur 6, nous nous sommes borné à extirper l'utérus et à ouvrir, soit chemin faisant, soit après l'hystérectomie, les poches qui se présentaient à nous. Or, chez ces 5 malades, qui offraient justement les cas les plus graves, le péritoine n'a pas été ouvert; il a été facile de s'en assurer en plaçant les grands écarteurs de Péan et en inspectant le long canal que crée l'ablation de l'utérus.

Il en a été de même dans notre dernière observation de salpingite avec pelvipéritonite diffuse. Chez toutes ces opérées, dont l'état local en général était vraiment grave, dont certaines avaient une élévation considérable de température le jour même ou la veille de l'opération, les suites immédiates ont été des plus simples ; nous avons été agréablement surpris, en particulier, de l'absence de choc, du calme présenté par les patientes. La température est restée basse, le pouls normal, le ventre plat, indolent; les urines ont été expulsées par la vessie le 1er ou le 2e jour ; quelques malades ont rendu des gaz avant l'écoulement des premières vingt-quatre heures.

Nous avons enlevé les pinces au bout de quarante-huit heures. Aucun incident. A partir du 3e jour, une injection vaginale de sublimé à 1 pour 2000 a été faite matin et soir. La suppuration des poches ouvertes n'a pas tardé à s'atténuer, puis à disparaître ; les petites eschares superficielles du vagin se sont rapidement éliminées et, au bout de trois semaines, la plaie vaginale était réduite à un petit orifice où pouvait s'engager le bout de l'index.

Chez une malade (Obs. I), la sensibilité du ventre s'est réveillée du 9e au 10e jour ; la main pouvait sentir dans la fosse iliaque gauche une petite masse dure ; deux jours après, cette tuméfaction disparaissait en même temps que du pus s'écoulait par le vagin. Chez la plupart, la cicatrisation complète de la plaie vaginale n'a été obtenue qu'après cinq et six semaines. On conçoit d'ailleurs qu'il ne peut y avoir là-dessus aucune règle, et que la rapidité du retrait et de l'effacement des poches doit varier comme leur importance et leur étendue. Chez deux de nos opérées, nous avons observé une fistule stercorale. Chez l'une d'elles (Obs. V), l'abcès de la trompe s'était, antérieurement à l'intervention, ouvert dans le rectum. Le 3e jour, le liquide vaginal prit une odeur stercorale et un aspect brunâtre. Douze ou quinze jours après, aucun liquide ni gaz ne passait plus du rectum dans le vagin. Chez l'autre malade, la complication a eu plus d'importance (Obs. III): au moment de

l'opération, un immense abcès refoulait la paroi rectale et menaçait de s'ouvrir dans l'intestin. Grâce à des précautions infinies, aucune éraillure ne fut faite au rectum dans le cours de l'opération; on put s'en assurer par le toucher rectal et vaginal combinés; aucune matière, aucun gaz ne filtrèrent dans le vagin pendant huit jours. Mais le 9e jour, subitement, des matières apparurent dans le liquide d'injection; le toucher rectal ne permettait d'atteindre aucune perforation; il est certain que la communication a dû se faire très haut entre la poche ouverte et le rectum. Cette fistule s'est rapidement amendée et, à la sortie de l'hôpital, seules les matières liquides passaient; le trajet, bien que réduit, n'en persiste pas moins aujourd'hui encore. Les autres opérées, revues tout récemment, avaient récupéré une santé parfaite. On sent chez elles, au fond du vagin, une sorte de cicatrice froncée reposant sur une plaque dure.

Dans les salpingites non suppurées, nous comptons 1 décès. Chez toutes, bien entendu, le péritoine a été ouvert et les annexes enlevées en totalité. Chez 3 malades, les suites opératoires immédiates ont été simples. Chez la quatrième, la mort est survenue par septicémie péritonéale, à la suite de l'ouverture de la vessie. Le vagin était excessivement étroit, la vessie adhérente à l'utérus; malheureusement, malgré une investigation spéciale, l'accident ne fut reconnu ni au moment du décollement, ni l'opération achevée. Comme suites plus éloignées, nous notons que deux de nos malades sont restées guéries, que l'une se plaignait encore de quelques douleurs au mois d'octobre.

Je désire ajouter à ces observations quelques réflexions sur le mode opératoire suivi par nous et sur les indications, d'après notre sentiment personnel, de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de la salpingite.

Après avoir scrupuleusement suivi la technique opératoire de Péan, telle que Segond nous l'a ici exposée, j'ai fait subir à cette technique quelques modifications.

Après avoir libéré le col de l'utérus en incisant la collerette vaginale, je place sur les côtés du col, à l'étage inférieur des ligaments larges, une pince courte et solide; mais je crois bon de lui substituer immédiatement une ligature à la soie. Ces deux pinces de l'étage inférieur sont en effet gênantes; placées tout au début, elles encombrent le champ opératoire, gênent le placement des écarteurs latéraux et parfois déchirent, sous l'influence des mouvements, ce qu'elles étaient chargées de forcipressurer. En second lieu, je n'incise pas le col latéralement de manière à faire deux valves, antérieure et postérieure; après avoir badigeonné la cavité utérine avec une solution de chlorure de zinc afin de l'aseptiser, je coupe

le col sur la ligne médiane, à mesure qu'il est décollé. Si l'utérus se laisse tant soit peu descendre, on arrive ainsi jusqu'au fond sans avoir fait de morcellement; le placement des grandes pinces à ligaments larges est rendu des plus commodes, et toute cette section utérine se fait sans aucun écoulement sanguin, sans qu'on soit obligé de placer une seule pince. Si l'utérus ne descend pas, je conseille de pratiquer le morcellement sur la ligne médiane sans se rapprocher des bords de l'utérus : l'excision des portions médianes permet alors de saisir ce qui reste du fond utérin et de l'abaisser à portée du doigt.

Je recommande enfin, dans les cas où le péritoine est ouvert, de ne pas abuser des injections antiseptiques : on risque, pour vouloir désinfecter une surface très limitée, d'envoyer dans le péritoine du sublimé chargé de pus ; je préfère, comme dans les laparotomies, essuyer les parties infectées avec des éponges.

Reste la question des indications opératoires. Je ne suis nullement d'avis qu'il faille substituer d'une façon complète, comme on l'a dit ici (non sans protestation d'ailleurs), l'hystérectomie vaginale à la laparatomie. Je ne crois pas davantage qu'il soit possible de diviser les salpingites en suppurées et non suppurées, et d'accorder aux premières l'hystérectomie, aux secondes l'ouverture du ventre.

Il n'est pas aisé de toujours pouvoir affirmer qu'une poche salpingienne est purulente, et, d'autre part, certaines salpingites sans pus nous paraissent justiciables de la voie vaginale. Ce qui prime tout le reste, c'est la facilité ou la non-facilité à décortiquer la tumeur salpingienne. C'est donc à résoudre ce problème clinique que doit s'attacher le chirurgien.

Les salpingites difficilement décorticables s'observent principalement, ainsi que l'a fait remarquer M. Bouilly, chez des femmes qui ont dépassé la quarantaine, quand il s'agit de lésions remontant à plusieurs années, mais en outre on peut établir les catégories suivantes : 1° *salpingites ouvertes dans une cavité voisine ;* 2° *salpingites suppurées enclavant l'utérus;* 3° *salpingites non suppurées avec pelvipéritonite diffuse,* avec ou sans loges kystiques.

Les *salpingites ouvertes* dans le rectum ou dans le vagin peuvent certes s'opérer par la voie abdominale, quoi qu'en ait dit l'auteur d'un récent traité sur les suppurations pelviennes. M. Terrier et moi nous avons pratiqué avec succès un certain nombre de ces opérations ; mais il faut avouer qu'elles sont laborieuses et que souvent elles laissent une fistule longtemps persistante; nous préférons ici l'hystérectomie.

Nous recommandons encore cette méthode opératoire pour ces

salpingites qui remplissent et effacent les culs-de-sac, *immobilisent l'utérus*, donnent au toucher une sensation de dureté qu'il est impossible de soulever et de refouler avec le doigt. Ces signes correspondent à l'extension du processus inflammatoire au péritoine pelvien, à l'adhérence intime de ce dernier avec la poche ovario-tubaire. Nous appliquerons encore l'hystérectomie vaginale à ces formes bizarres de pelvipéritonite (dont notre dernière observation est un type) qui, même sans suppurer, englobent les annexes et les masquent au point qu'à l'autopsie on a peine à les retrouver; cliniquement, avec ou sans loges fluctuantes, elles se traduisent par la sensation d'une plaque diffuse occupant tout le plancher pelvien et enserrant l'utérus immobile. Ces trois variétés de salpingites, auxquelles il conviendrait peut-être de joindre certaines salpingites tuberculeuses avec altérations utérines de même nature, sont les seules auxquelles nous réservions l'hystérectomie vaginale. Pour les autres, c'est-à-dire pour le plus grand nombre nous restons partisans du traitement par la laparotomie.

M. Terrier. Quand M. Segond vous fit, il y a quelques mois, sa communication, je l'ai argumentée, tout en reconnaissant que je n'avais pas encore l'expérience de la méthode qu'il préconisait.

L'hystérectomie vaginale me paraissait surtout applicable aux salpingites ou pelvi-péritonites suppurées; c'est alors, disais-je, qu'on est en droit de la mettre à l'épreuve. Toutefois, comme j'avais obtenu de beaux succès, dans les mêmes cas, par la laparotomie, je ne me suis pas senti le courage d'étendre beaucoup cette expérience. Je me suis donc borné à chercher des cas de salpingo-ovarites suppurées d'ancienne date, enclavant et immobilisant l'utérus, de ces cas dans lesquels on trouve, dominant le petit bassin, une nappe de fausses membranes et d'adhérences qui cachent les annexes et leurs foyers purulents, et que connaissent bien les laparotomistes. Au demeurant, ces cas sont assez exceptionnels : je n'en ai trouvé que deux.

Le premier est celui d'une femme de 50 ans environ, qui était malade depuis 12 ou 15 ans. Elle avait subi tous les traitements; elle avait eu des poussées successives, des abcès à répétition, des guérisons suivies de rechutes. En présence des lésions péri-utérines qui remplissaient le petit bassin, la laparotomie me parut impossible; d'autant plus qu'elle était morphiomane et rendait un peu d'albumine. J'entrepris l'hystérectomie vaginale avec l'assistance de M. Quénu; l'opération fut extrêmement difficile; j'arrivai par le morcellement, et en m'aidant de la section médiane de l'utérus, à extirper cet organe en totalité, et en ouvrant le péritoine, car les anses intestinales se montrèrent à la plaie. Le

résultat ne fut pas brillant ; il y eut des accidents septiques, et la malade mourut au bout de quelques jours. Cet insuccès n'était pas étonnant, vu l'état déplorable où se trouvait la malade, et il n'eut pas d'influence sur ma conduite ultérieure.

Le deuxième cas est tout récent ; il a trait à une malade qui avait une pelvi-péritonite ancienne de deux ans, et des adhérences complètes autour de l'utérus. L'opération fut beaucoup plus simple. J'utilisai encore la section médiane de l'utérus ; je laissai en tout quatre pinces ; j'ouvris d'un côté une grande poche de pus fétide, de l'autre une cavité remplie de liquide séro-purulent ; les annexes ne se montrèrent pas et furent laissées en place. Je m'assurai, en cherchant avec une éponge montée, que le péritoine n'avait pas été ouvert. Résultat excellent : la malade, après avoir eu 38°, est aujourd'hui en pleine voie de guérison.

Vous voyez que mon expérience est encore bien restreinte. Tout ce que je puis dire, d'après mes observations, c'est qu'elles tendent à vérifier l'opinion que j'ai émise, à savoir que l'extirpation de l'utérus, avec ou sans les annexes, dans les cas de lésions inflammatoires, doit être une opération de nécessité, exceptionnelle, et nullement une opération de choix. Quelle est sa gravité ? J'ai une mort et une guérison ; c'est à peu près comme M. Segond, qui annonçait il y a quelques mois, dans les salpingites suppurées, 3 succès et 3 morts. Je n'attache, d'ailleurs, aucune importance à des chiffres aussi restreints ; j'ai seulement voulu exposer, tels qu'ils sont, les résultats de mon expérience encore limitée.

M. Segond. L'opération qui nous occupe peut être jugée à trois points de vue différents : sa valeur intrinsèque, ses indications, son manuel opératoire.

Sur le premier point, je n'insisterai pas. Je me borne à constater que le nombre croissant des partisans de la méthode semble témoigner des grands services qu'elle peut rendre.

Sur le second point, j'hésite à m'aventurer aujourd'hui, car ce serait une longue discussion ; je ferai seulement quelques remarques. Tous ceux qui, lors de ma première communication, ont accepté la méthode en principe, nous disent aujourd'hui qu'il faut la réserver aux cas les plus graves, à ceux qui sont difficilement accessibles à la laparotomie. Dire, avec M. Pozzi, que la laparotomie triomphe de tout, qu'elle peut réussir même dans ces cas périlleux, cela ne prouve rien contre l'opération rivale, et il reste établi que l'hystérectomie vaginale, en présence de ces grosses difficultés, est moins grave.

Quant aux lésions non suppurées, aux salpingites énucléables, dont M. Quénu vient de nous donner des exemples, je reconnais

que la laparotomie donne alors des résultats excellents. Néanmoins, je reste partisan de la formule que je vous ai donnée tout d'abord : toutes les fois que l'existence des lésions bilatérales est avérée, l'hystérectomie vaginale me paraît supérieure à l'intervention sus-pubienne. Je sais bien qu'on donne comme argument contre cette formule la difficulté du diagnostic, et l'impossibilité d'affirmer toujours la nature, la gravité et la bilatéralité des lésions. Mais il ne s'agit pas de discuter, à propos de l'hystérectomie vaginale, toute la question des indications opératoires dans affections utérines. Je pose en fait qu'il y a des femmes qui sont justiciables d'une intervention radicale ; c'est en présence de celles-là, exclusivement, que nous sommes placés. Et je dis que, sur ce terrain, l'hystérectomie, comparée à l'incision sus-pubienne, n'est pas plus grave dans son pronostic et est supérieure dans ses résultats thérapeutiques. Mais c'est là une opinion qu'il m'est impossible d'appuyer de preuves suffisantes, parce que nos résultats sont encore trop récents ; plus tard, nous reviendrons avec plus de fruit sur cette discussion. Tout ce que je puis dire en ce moment, c'est que j'ai 64 opérations avec 8 morts, toutes survenues dans des cas entièrement graves.

En ce qui concerne le manuel opératoire, on insiste vraiment trop sur les difficultés qu'il présente. L'hystérectomie est une opération comme les autres ; quand on a l'habitude de la pratiquer, elle n'a plus rien d'extraordinaire. Les pinces ne sont pas si encombrantes qu'on veut bien le dire. M. Terrillon a eu raison de dire que les femmes qui ont ces suppurations complexes ne saignent pas beaucoup, et qu'on s'en tire avec un petit nombre de pinces; on en laisse trois ou quatre, quelquefois même une seule. Cela tient aux modifications vasculaires produites dans les tissus par les poussées inflammatoires successives. Il n'y a guère d'écoulement sanguin qu'au début de l'opération ; mais on perd du temps bien inutilement, si on s'attarde à pincer les vaisseaux de la paroi vaginale pendant les premiers temps.

Quant au fil que M. Quénu conseille de placer sur la base du ligament large, je m'en suis servi, puis je l'ai abandonné ; je ne le crois pas utile. La section médiane ? Oui, elle peut être bonne si l'utérus se laisse abaisser, mais alors tous les procédés réussissent ; dans le cas contraire, la division de l'utérus en deux valves et le morcellement par étages, les écarteurs protégeant la vessie et le rectum, telle me paraît être la voie la plus sûre pour atteindre le but.

On a parlé de complications post-opératoires, de collections formées tardivement. Il y en a quelquefois, sans doute ; mais M. Bazy n'a vraiment pas eu de chance, si, pour sa part, il en a observé

4 cas. Sur mon total de 64 faits, je n'en ai vu qu'un seul : c'est un abcès survenu au quinzième jour, dans un cas de suppuration pelvienne très grave et à la suite d'une opération laborieuse. Une autre fois, j'ai cru à une collection purulente, et mon doigt, en pénétrant à travers la plaie vaginale rétrécie, fit couler un flot de sang : il s'agissait d'un hématôme consécutif à l'opération.

M. Richelot. Je ne veux ajouter qu'un mot au sujet de la bénignité relative de l'hystérectomie vaginale. On s'en ferait une bien mauvaise idée, si on la jugeait d'après les chiffres indiqués tout à l'heure par M. Terrier : sur 6 cas, 3 guérisons et 3 morts. La statistique de M. Segond exprime déjà mieux la vérité : 64 cas avec 8 morts. Pour mon compte, j'ai fait 60 hystérectomies vaginales pour lésions pelviennes avec 3 morts ; et en y ajoutant les cancers au nombre de 22, dont je vous ai parlé dans la dernière séance, j'ai un total de 82 opérations avec 4 morts.

M. Bazy. Il faut absolument distinguer, au point de vue de la gravité, les suppurations pelviennes des lésions non suppurées et des cancers utérins. On devrait même, dans les cas de suppuration, supprimer le mot «hystérectomie» vaginale, car l'opération ne ressemble en rien à ce qu'elle est dans le cancer. Dans ce dernier cas, les accidents de rétention purulente ne sont pas à craindre.

M. Segond. La réflexion de M. Bazy est très juste ; il faut ranger dans trois catégories entièrement séparées les cancers, les fibrômes et les lésions inflammatoires.

Présentation de pièces.

1° *Tuberculose vertébrale et lithiase rénale. Ouverture d'un foyer de suppuration dans le rein gauche.*

M. Moty. Les pièces anatomiques que j'ai l'honneur de présenter proviennent d'un soldat breton entré au Val-de-Grâce, en septembre 1890, pour une tuberculose pulmonaire grave à marche subaiguë et consécutive à une grippe contractée en janvier. Mon collègue Burlureaux le traita par les injections d'huile créosotée et obtint une atténuation des symptômes pulmonaires, mais, un un abcès profond étant apparu dans le flanc droit, il m'adressa le malade, et, le 30 novembre, je constatai l'existence d'une tumeur molle et fluctuante, sans rougeur de la peau, en dedans de l'épine iliaque. Les urines contenaient du pus.

Je diagnostiquai un abcès par congestion d'origine vertébrale ; je le ponctionnai au bistouri, et quand son contenu fut écoulé, j'y fis une injection de sublimé au millième à 50°, puis l'ouvrant lar-

gement par une incision parallèle à l'arcade, j'en fis le curage en poursuivant ses prolongements vers le trou obturateur et le canal crural en bas, et en haut vers la partie supérieure de la colonne lombaire, où je rencontrai la face latérale dénudée d'un corps de vertèbre. Le curage terminé, la cavité fut lavée au sublimé, desséchée, puis chauffée au thermocautère et enfin saupoudrée d'une petite quantité d'iodoforme. Suture, drainage.

Les suites furent des plus simples. Des injections de naphtol, faites toutes les semaines par le trajet du drain vers la vertèbre malade au moyen d'une sonde en gomme coupée, amenèrent la cicatrisation le 10 décembre.

Cependant le malade perdait toujours du pus par les urines et son état général restait mauvais. Malgré la reprise du traitement créosoté, le trajet iliaque droit se rouvrit en février ; un nouvel abcès se fit jour, en juin, à gauche de la colonne vertébrale dans la région lombaire ; et à partir de ce moment, c'est par là que se vidèrent surtout les foyers de suppuration ; cependant le pus continuait à troubler les urines, bien que celles-ci ne continssent pas d'albumine. Bientôt le malade maigrit rapidement et mourut cachectique le 27 octobre dernier.

L'autopsie fit constater une tuberculose pulmonaire grave arrêtée dans son évolution, et des lésions tuberculeuses osseuses ou articulaires du corps des première et deuxième lombaires et des deux dernières côtes gauches ; plusieurs apophyses transverses étaient aussi légèrement atteintes.

Toutes ces lésions avaient été reconnues pendant la vie, mais nous fûmes très surpris, en enlevant le rein gauche, de sentir un gros calcul enchatonné dans le rein et baignant en arrière dans le foyer purulent prévertébral. L'incision des deux reins mit à nu de volumineux et nombreux calculs jaune sombre, ramifiés, à surface rugueuse et à cassure cristalline ; le plus gros était dans le bassinet gauche, et, les fongosités tuberculeuses périvertébrales coopérant avec la pression excentrique qu'il exerçait sur son enveloppe, celle-ci s'était ulcérée et le foyer vertébral communiquait avec le bassinet. Nous appelons l'attention sur la difficulté du diagnostic de ces calculs d'acide urique, qui sont presque toujours bien supportés. Ici tout faisait penser à une tuberculose rénale ; cependant, l'absence de localisation dans l'épididyme et la prostate, ainsi que celle de l'albumine dans les urines, auraient pu nous mettre sur la voie. En second lieu, nous insistons sur l'intégrité de la substance rénale ; ayant enlevé un rein douloureux, calculeux, avec dégénérescence fibreuse, nous n'y avons trouvé qu'un tout petit calcul d'oxalate absolument libre dans un vaste sac fibreux ; il n'y avait pour ainsi dire plus de trace de substance ré-

nale et cependant le malade, outre ses crises néphrétiques très anciennes et de plus en plus espacées, souffrait d'une manière permanente. Les différences symptomatiques de ces deux sortes de calculs sont dues, on le sait, à celles de l'irritation qu'ils provoquent, mais nous irons plus loin et nous appliquerons ce même principe aux lésions anatomo-pathologiques du rein calculeux : la destruction de cet organe par un très petit calcul incapable d'obstruer les voies urinaires, montre que la transformation fibreuse procède d'un trouble nerveux trophique susceptible de s'étendre et de persister après l'expulsion d'un calcul et l'atrophie de l'organe, peut-être même après son ablation. Dans le cas actuel, au contraire, et il en est souvent ainsi pour les calculs uriques, rien ne mettait sur la voie d'une lithiase rénale et le diagnostic devait presque fatalement rester incomplet. Remarquons encore que la communication du foyer vertébral avec le rein s'opposait à son aseptisation complète et devait rendre stériles les efforts dirigés contre la localisation osseuse de la tuberculose.

2° *Grossesse extra-utérine.*

M. Reynier. J'ai l'honneur de présenter à la Société les pièces provenant d'une grossesse extra-utérine, de la variété tubo-péritonéale, que j'ai opérée il y a huit jours.

Il s'agissait d'une femme de 38 ans, qui avait eu 5 enfants, tous venus à terme, et qui jusqu'au mois d'août dernier n'avait rien présenté d'anormal du côté de l'utérus.

Le 20 août, ses règles apparurent à peine et ne durèrent que deux jours. Depuis, la malade avait perdu l'appétit, elle avait des envies de vomir, sans vomissements toutefois caractéristiques.

Le 22 septembre, à la sortie d'un bain, les règles reparurent ; elles duraient depuis huit jours, lorsque dans la rue la malade eut une syncope, à la suite de laquelle elle dut s'aliter. Le ventre devint dur, douloureux à la pression et dans les mouvements spontanés, et augmenta de volume. La malade continuait à perdre ; ce n'est que le 18 octobre que le sang s'arrêta.

Je la vis le 31 octobre. La malade était pâle, anémiée, les muqueuses décolorées. Le ventre, augmenté de volume, était mat jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le soir la température s'élevait au-dessus de 38° et atteignait quelquefois 39°.

Par le toucher on trouvait l'utérus porté en avant, le col ramolli, entr'ouvert. Le cul-de-sac postérieur bombait, et on avait la sensation d'un dédoublement de la cloison recto-vaginale par une masse arrondie, régulière, rénitente.

Le diagnostic porté fut celui d'hématocèle, et, étant donné l'état du col, l'arrêt des règles au mois d'août, on soupçonna une grossesse extra-utérine.

La laparotomie fut pratiquée il y a huit jours. Le ventre ouvert, nous trouvons du sang épanché à travers les anses intestinales. L'utérus augmenté de volume était porté en avant.

Du côté gauche la trompe augmentée de volume était adhérente aux anses intestinales. Nous avons commencé par l'enlever. On peut voir qu'elle présente les signes d'une salpingite hémorrhagique.

Mais c'était à droite que se trouvaient les lésions importantes. De ce côté nous avons trouvé une tumeur qui fut prise pour la trompe; en voulant la contourner et la séparer des anses intestinales qui lui étaient adhérentes, nous sommes tombé dans une cavité pleine de caillots, et à ce moment la poche de la tumeur se creva, et nous pûmes extraire un fœtus, que nous montrons ici, qui a la dimension d'un fœtus de trois mois; rapidement nous saisissons les annexes, qui furent amenées sans nous occuper du sang qui s'écoulait. Une ligâture fut posée sur la trompe à son insertion à l'utérus et sur l'artère utéro-ovarienne.

A ce moment le sang s'arrêta, et nous pûmes constater qu'au-dessous de cette poche, que nous avions amenée en même temps que les annexes, se trouvait une vaste collection de sang en caillots qui remplissait toute la cavité pelvienne entre l'utérus et le rectum. Avec la main nous enlevâmes tous ces caillots, et après un nettoyage avec les éponges et une irrigation d'une solution d'acide borique préalablement bouillie, nous étant assurés que tout écoulement sanguin était arrêté, nous refermâmes le ventre sans faire de drainage. La malade en est au huitième jour et est guérie. Le soir de l'opération, la température s'est élevée à 38°, depuis elle est restée variant entre 37 et 37°,5.

A l'examen de ces pièces, nous voyons, entre l'ovaire et la trompe, l'insertion sur le ligament large d'une masse grosse comme le poing qui est le placenta, au centre duquel nous voyons le cordon qui s'est rompu au moment de l'extraction du fœtus. On peut reconstituer les membranes de l'œuf; au-dessus du placenta se trouve la trompe, dont le pavillon manque. Il est donc probable que nous avons eu affaire ici à une grossesse primitivement développée dans le pavillon de la trompe et qui plus tard est devenue péritonéale.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 11 novembre 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Pozzi, demandant un congé d'un mois ;

3° *Journal and proceedings of the Royal Society of New South Wales*, 1890, t. XXIV, 2e partie ;

4° *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VI.

A propos du procès-verbal.

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. Bazy, La question des opérations que l'on pratique sur l'utérus ou les ovaires serait, il me semble, considérablement éclaircie, et dans tous les cas le terrain de discussion plus solide, si nous nous entendions un peu plus sur la signification des dénominations appliquées aux différents modes opératoires des interventions par la voie vaginale. Nous ne serions pas ainsi amenés à mettre dans une même statistique par exemple les cancers de l'utérus traités par l'hystérectomie vaginale et les suppurations pelviennes traitées de la même façon.

Pour moi, tenant compte du but à atteindre et des moyens de l'obtenir, j'établirai la classification suivante :

1° Cas où l'ablation de l'organe malade constitue toute l'opération, où l'ablation du mal exige l'ablation de l'organe: c'est l'*hystérectomie vaginale* proprement dite, qu'on peut opposer ou comparer, quand il s'agit de cancer de l'utérus, à l'amputation de la portion vaginale ou supra-vaginale du col, et quand il s'agit de

fibrome, à l'hystérectomie abdominale, à la myomectomie ou à la castration ;

2° Cas où l'ablation de l'utérus n'est qu'un élément tout à fait accessoire de l'opération, malgré la dénomination actuellement imposée, où l'utérus, n'étant plus qu'un organe inutile et gênant au milieu du foyer purulent, est enlevé parce que, s'il restait en place, il empêcherait l'évacuation totale des foyers, le nettoyage complet du petit bassin; son ablation peut être considérée comme l'ablation d'un pont osseux sain, dans les cas de séquestrotomie.

C'est, en un mot, le traitement des suppurations pelviennes par la voie vaginale; dans ces cas-là, et nous plaçant au point de vue de la pathologie générale, l'ablation de l'utérus n'est que la conséquence d'incisions multiples pratiquées autour de lui pour vider les collections purulentes qui l'entourent, c'est la *colpo-hystérotomie* ou *hystéro-colpotomie*, et alors on pourra comparer le traitement des suppurations pelviennes par la voie abdominale ou *laparotomie* à leur traitement par la voie vaginale ou *hystéro-colpotomie*, et seuls ces cas sont comparables entre eux.

3° Entre ces deux catégories on peut placer les cas où l'on fait l'ablation des annexes pour dégénérescence kystique et phénomènes douloureux, pour pyosalpinx non adhérent, pour hémosalpinx, pour hydrosalpinx, pour grossesse extra-utérine ou hématocèle, pour accidents nerveux, où l'on fait la laparotomie pour adhérences inflammatoires, etc.

Dans ces cas, les partisans de l'intervention par la voie vaginale disent : « L'utérus est désormais inutile, quelquefois, souvent même dangereux, et il peut être la source de nouvelles infections, pourquoi ne pas le supprimer ? Bien plus, les résultats ultérieurs que nous obtenons de cette manière sont ou nous paraissent meilleurs que ceux qu'on obtenait par la voie abdominale. Peut-être, dit-on encore, l'intervention est plus bénigne. »

Comme on le voit, le but que l'on poursuit en enlevant ici l'utérus est différent de celui que l'on poursuit dans les deux premières catégories.

Dans ce cas, je dirai que l'on fait la castration *utéro-ovarienne* ou *kystéro-oophorectomie*, que l'on oppose et compare à la castration simple ou oophorectomie ou encore salpingo-oophorectomie. Si l'on adoptait cette classification, les discussions me sembleraient singulièrement simplifiées, et l'entente, au moins sur certains points, serait plus complète et les divergences sur d'autres plus caractérisées; il en résulterait, dans tous les cas, plus de clarté.

M. J.-J. Peyrot. Dans une question controversée comme celle-

ci, et qui le sera longtemps encore, sans doute, il est bon que chacun de nous fasse connaître les faits qu'il possède.

Comme M. Terrier, je n'ai trouvé que deux fois jusqu'ici l'occasion de pratiquer l'hystérectomie vaginale pour des suppurations pelviennes. Voici ces deux observations; elles me paraissent intéressantes à certains points de vue.

Obs. I. — *Pyo-salpingite double.*

Marie D..., 28 ans, domestique, entrée le 4 mars 1891, salle E. Roy, n° 15.

Antécédents héréditaires. — Père mort de vieillesse; mère bien portante; six frères ou sœurs tous en bonne santé.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans, a toujours vu irrégulièrement. Deux enfants, l'un à 18 ans, l'autre à 21, morts tous deux très jeunes de convulsions.

Début. — Il y a six ans, fièvre typhoïde qui a duré cinq mois avec rechute. Depuis cette époque, la malade a toujours souffert dans le bas-ventre. Chaque année, elle avait une période d'une quinzaine de jours marquée par des douleurs violentes et des métrorrhagies assez abondantes. En décembre 1890, de nouvelles hémorrhagies se produisent qui persistent jusqu'à la fin de janvier 1891. En février, les règles ont lieu comme à l'ordinaire. Mais, depuis la dernière métrorrhagie, les douleurs abdominales ont augmenté et se sont surtout localisées à la fosse iliaque droite. Elles sont calmées par le repos, mais persistent cependant toujours; aussi la malade a-t-elle dû prendre le lit depuis le 24 février.

État actuel. — La malade est pâle, amaigrie. Elle a constamment un peu de diarrhée. État fébrile avec exacerbation chaque soir.

Le ventre est douloureux à la pression dans les fosses iliaques, surtout à droite; pas de ballonnement. Par le toucher, on trouve le col rapproché de la vulve, volumineux, irrégulier; son orifice est transversal, déchiqueté; la lèvre antérieure est proéminente, granuleuse.

Utérus immobilisé, enclavé, un peu gros, douloureux. Cul-de-sac antérieur libre; cul-de-sac droit, comblé par une masse volumineuse dure, irrégulière, du volume d'une pomme environ. On la délimite facilement par la palpation bimanuelle. Elle paraît fluctuante sur un point. Elle se prolonge en partie dans le cul-de-sac postérieur; cul-de-sac gauche également effacé. Les annexes forment à ce niveau une tuméfaction moins volumineuse, mais très douloureuse. Cavité utérine : 7 centimètres.

Le 16 mars, je pratique l'opération de Péan, avec l'aide et sous l'œil de mon collègue et ami Segond, qui veut bien me guider dans cette opération nouvelle pour moi.

La malade étant placée dans le décubitus latéral gauche, l'utérus est assez facilement abaissé dans une certaine mesure. Incision de la muqueuse vaginale, libération du col aussi haut que possible par décolle-

ment. Les faces antérieure et postérieure de l'utérus sont ensuite dégagées de la même façon au moyen de deux longs écarteurs à extrémité mousse qui sont laissés en place pour protéger le rectum et la vessie. L'introduction de l'écarteur antérieur a fait couler un flot de pus. La partie inférieure et visible des ligaments larges est pincée et sectionnée, et la portion de l'utérus ainsi libérée est sectionnée avec des ciseaux en deux valves, une antérieure, l'autre postérieure. Excision de ces deux portions suivant les principes; nouveau décollement, ouvelle section des parties libérées. On arrive enfin par cette manœuvre, répétée cinq ou six fois, à exciser l'utérus entier. En enlevant e fond de l'organe, on ouvre encore plusieurs clapiers remplis d'un pus fétide. Il n'est pas touché aux annexes. Lavage au sublimé; douze pinces hémostatiques restent en place; drainage avec la gaze iodoformée; sonde à demeure dans la vessie. Glace sur le ventre.

Les suites ont été d'une simplicité idéale pendant les premiers jours. La température n'a pas dépassé 37° sous l'aisselle.

Le douzième jour a été marqué par un incident assez sérieux, une hémorrhagie qui s'est produite dans la nuit et a provoqué une syncope. Elle s'est arrêtée d'elle-même. Un léger suintement sanguin a persisté pendant trois jours, puis a cessé complètement. La malade commence à se lever le 10 avril. Elle part pour le Vésinet le 18.

Elle en revient dans les premiers jours de mai. Ses forces sont revenues; elle a engraissé; mais elle se plaint de souffrir encore dans le ventre. On trouve, par le toucher vaginal, qu'il existe encore une induration diffuse, très douloureuse, dans le petit bassin, au-dessus de la cicatrice.

Septembre 1891. La malade revient nous voir à la fin de septembre. L'état général est excellent; les douleurs abdominales ont diminué notablement, mais persistent encore un peu. Au toucher, on trouve encore une induration notable et douloureuse dans le petit bassin, surtout à droite. Pas d'écoulement d'aucune espèce.

Obs. II. — *Salpingite purulente double; fistules rectale et vaginale; laparotomie exploratrice antérieure.*

Joséphine L..., 30 ans, sans profession, entrée le 14 avril 1891, salle E. Roy, n° 4.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une fluxion de poitrine; mère bien portante.

Antécédents personnels. — Bien réglée depuis l'âge de 16 ans; pas d'enfants ni de fausses couches ; pas de maladie grave.

Début. — L'affection actuelle remonte à trois ans; à cette époque, sans cause appréciable, elle a commencé à souffrir dans le ventre du côté droit. Ces douleurs, bientôt étendues du côté du bas-ventre, sont devenues de plus en plus vives, s'exaspérant surtout au moment des règles, qui sont à peu près régulières.

L'année dernière, en 1890, elle est entrée pendant six semaines à Tenon, dans le service de M. Richelot. On lui a pratiqué à ce moment

une laparotomie qui n'a été qu'exploratrice, les annexes n'ayant pu être enlevées.

Pendant son séjour à Tenon, elle a eu un écoulement de pus abondant par le rectum qui persiste depuis.

A la suite de cet écoulement, la malade a été assez soulagée. Mais, en janvier dernier, les douleurs abdominales ont reparu, très violentes, surtout à droite. Mouvement fébrile tous les soirs.

Actuellement, la malade est très amaigrie, dans un état de faiblesse générale assez grand. Les douleurs dans le bas-ventre persistent avec les mêmes caractères. Il y a toujours un léger écoulement purulent par le rectum; de plus, depuis quelque temps, des pertes blanches abondantes, tachant fortement le linge. Pas de règles le mois dernier. A la palpation abdominale, le petit bassin est en partie comblé par une masse dure, douloureuse.

Au toucher. — Utérus absolument immobilisé, très douloureux. Le corps utérin est un peu incliné à gauche. Tout autour de l'utérus, empâtement diffus assez considérable, surtout prononcé à droite et en arrière. Le cul-de-sac postérieur est à peu près complètement effacé, et la muqueuse, exulcérée à ce niveau, présente au point le plus saillant de la tuméfaction un orifice fistuleux. Le toucher rectal permet de constater que les lésions sont très accentuées en arrière. La néoplasie inflammatoire proémine beaucoup de ce côté, et le doigt a également à ce niveau la sensation d'un petit orifice fistuleux, mettant en communication l'abcès pelvien avec la cavité du rectum.

28 *avril* 1891. M. Peyrot, avec l'aide de M. Bazy, pratique l'hystérectomie vaginale par morcellement, suivant la méthode de Péan. L'opération est d'une facilité remarquable et dure à peine un quart d'heure. Au cours de la décortication de l'utérus, on a ouvert plusieurs foyers purulents.

Suites opératoires excellentes et apyrétiques. La malade sort *au bout d'un mois*, le 28 mai, certainement améliorée, mais souffrant toujours dans le ventre.

Il y a encore un léger suintement vaginal et l'on sent des noyaux inflammatoires au toucher vaginal, surtout à droite.

18 *juin*. La malade rentre de nouveau dans le service. Elle n'a repris que peu d'embonpoint et se plaint de souffrir encore beaucoup.

On constate, en effet, un empâtement douloureux dans la fosse iliaque droite.

La malade, un peu soulagée par quelques jours de repos, demande à sortir le 24 juin.

Depuis, nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

Je n'insisterai ni sur la symptomatologie qui nous a conduit à l'indication thérapeutique, ni sur les suites si simples, dans les deux cas, de notre intervention. Je veux seulement faire remarquer ce fait important que mes deux opérées, assez longtemps après leur guérison, ressentaient encore des douleurs abdominales assez

vives et que toutes les deux présentaient des indurations persistantes dans le petit bassin. Je ne veux pas affirmer, tant s'en faut, qu'avec un peu plus de temps les choses ne s'arrangeront pas mieux. J'espère bien qu'elles finiront par guérir définitivement; mais je n'en ai pas la démonstration. Notre collègue Segond a, sans doute, observé des cas de ce genre, et il pourra nous dire comment tout cela se termine.

Je ne ferai pas un reproche à la méthode de cette petite imperfection. Si je suis porté à l'employer rarement, c'est uniquement parce que, habitué à pratiquer la laparotomie, je suis très satisfait des résultats que me fournit cette dernière opération. Dans les six premiers mois de 1891, je l'ai employée vingt-trois fois contre des affections inflammatoires des annexes. Je n'ai eu qu'un seul décès, dû à un accident tout fortuit, une perforation du rectum. Je n'ai pas eu à déplorer un seul cas de septicémie, et cependant dans les deux tiers des cas il s'agissait de salpingites suppurées dont l'ablation a nécessité l'ouverture de nombreuses collections purulentes. Actuellement, il me semble qu'avec un bon drainage, je suis aussi maître de ces cas difficiles que des autres.

Je n'en admets pas moins l'existence de suppurations inabordables par la voie abdominale. Mon observation II ne permet pas l'ombre d'un doute, puisque mon collègue Richelot, dont personne ne niera la compétence, avait dû renoncer à pratiquer l'ablation des annexes après avoir ouvert le ventre.

A ces cas, probablement très rares, l'opération de Péan convient seule, évidemment. Il s'agira surtout de les bien diagnostiquer. Je pense que les éléments de ce diagnostic nous font encore un peu défaut. Je me borne donc à donner mes observations, sans autres réflexions, et à titre purement documentaire.

M. Reynier. Messieurs, au début de cette discussion, je ne voulais pas prendre la parole. Comme MM. Terrier et Pozzi, je considère que la laparatomie constitue dans la grande majorité des lésions périutérines une opération efficace, et non dangereuse. Je ne me suis donc pas trouvé tenté, soit pour faire du nouveau, soit pour faire mieux, de recourir à l'hystérectomie vaginale, qui m'a toujours paru, et qui me paraît encore une opération beaucoup plus sérieuse que la laparotomie. Je dirai plus loin les raisons pour lesquelles je professe cette opinion.

Aussi m'étais-je réservé de ne faire l'opération de Péan que dans ces cas relativement rares où, appelés tardivement, nous nous trouvons en présence de lésions anciennes qui ont déjà suppuré, se sont ouvertes spontanément, et ont donné naissance soit à des trajets fistuleux persistants s'ouvrant dans l'intestin ou la

vessie, soit à des adhérences résistantes réunissant les organes contenus dans le petit bassin en une seule masse, au milieu de laquelle se trouvent perdus l'utérus et ses annexes.

L'expérience m'a malheureusement appris que ce sont là les seuls cas où la laparotomie devient dangereuse; ce sont, par suite, les seuls qui nécessitent d'avoir recours à une autre opération.

Sur 72 laparotomies faites par moi pour lésions des annexes, et lésions presque toujours sérieuses (sur 72 observations, je ne relève que 10 cas d'ovaires kystiques), je n'ai eu à enregistrer que deux morts.

La première de ces morts se rapporte à une malade atteinte de rétrécissement mitral, qui mourut quelques heures après l'opération, de choc, aggravé par sa lésion cardiaque. L'opération nécessitée par un pyosalpinx n'avait pas été longue et n'expliquait pas cette mort rapide.

La seconde malade que j'ai perdue était atteinte de salpingite suppurée, ouverte primitivement dans le rectum. Pendant l'opération, il y eut issue des matières intestinales par la fistule rectale, et malgré un lavage prolongé, et le drainage à la Mikulicz, la malade mourut de péritonite septique.

Je n'ai donc eu, par le fait, sur 72 observations, qu'un cas de mort par péritonite, et ce cas se rapporte à une salpingite suppurée ouverte dans le rectum.

Aussi, après avoir entendu la communication de Segond, je me proposai d'avoir recours à l'hystérectomie vaginale dans un cas semblable. Il s'agissait d'une femme de 39 ans, qui un an auparavant avait eu une salpingite suppurée qui s'était ouverte spontanément dans le rectum. Depuis, sa fistule se fermait à certaines époques, et se rouvrait de temps à autre, et laissait échapper du pus, que la malade rendait dans ses selles. Lorsque la fistule se fermait, la malade souffrait, avait des accès de fièvre et était obligée de s'aliter. Au mois de juin 1891, elle entra dans mon service. Je lui pratiquai l'hystérectomie vaginale par morcellement. Pendant l'opération, je n'ouvris aucune poche; je pénétrai dans la cavité péritonéale, car je vis des anses intestinales dans le champ opératoire. Deux jours après l'ablation des pinces, il s'écoula du pus en retirant les tampons de gaze iodoformée. Ce pus provenait très probablement d'une poche qui s'était ouverte spontanément. C'est le seul incident qu'il y eut à noter. La malade guérit. L'ayant revue cinq mois après, je trouvai cette femme en très bonne santé, complètement guérie. Tous ses malaises avaient disparu et sa fistule s'était oblitérée. Depuis cinq mois elle n'avait pas rendu de pus par le rectum.

Enhardi par ce succès, je résolus de pratiquer l'hystérectomie

vaginale à une femme atteinte de deux grosses salpingites purulentes, qui immobilisaient l'utérus, le repoussaient en avant, et occupaient le cul-de-sac postérieur. La femme avait de la fièvre; le diagnostic de suppuration était évident.

L'utérus ne se laissait pas abaisser. Je dus l'enlever par morcellement, en plaçant plusieurs pinces sur les ligaments larges. L'utérus enlevé, pendant que je tâchais d'amener les annexes, qui ne s'étaient pas ouvertes pendant l'opération et qui étaient fixées haut, une des pinces pendant ces manœuvres dérapa. Une abondante hémorrhagie se produisit. Il faut avoir été en présence d'un pareil accident pour se rendre compte de toute la peine qu'on a, de toutes les difficultés, et souvent de l'impossibilité de retrouver la source de l'hémorrhagie dans le petit bassin, au milieu du sang et des caillots.

Au bout d'une demi-heure de recherches, après avoir posé plusieurs pinces, je crus avoir arrêté l'hémorrhagie. Les quarante-huit premières heures s'écoulèrent bien. Je pus retirer les pinces au bout de ce temps. Aucun écoulement ne se produisit. La malade était déprimée. Je crus pouvoir mettre cette dépression sur le compte du choc et de la perte de sang qu'elle avait subie.

Mais le soir la température montait, le ventre se ballonnait, la malade était prise de vomissements, et le lendemain elle mourait.

A l'autopsie, nous avons trouvé le petit bassin plein de sang et de caillots. Il y avait de la rougeur du péritoine dans le petit bassin. Une trompe s'était ouverte du côté droit et était adhérente à la partie supérieure à des anses intestinales. La trompe du côté gauche contenait un verre de pus; de nombreuses adhérences l'unissaient à l'intestin et expliquaient les difficultés que nous avions eues pour l'abaisser.

Par la laparotomie, il aurait été très simple de détruire ces adhérences, et j'eus un grand regret de n'avoir pas, dans ce cas, suivi ma pratique habituelle. Je me suis souvent attaqué à des adhérences autrement résistantes, et toutes mes malades laparotomisées ont guéri.

Telle est cette observation très instructive à mon avis, comme toutes les opérations malheureuses.

Elle nous montre un des gros dangers de l'hystérectomie vaginale, quand l'utérus n'est pas abaissable. Aucun de nous n'est assuré qu'une pince ne dérapera pas, et qu'il ne se trouvera pas en présence du même accident que j'ai eu. Les différents modèles de pinces qu'on fabrique dans ce moment, sont là pour nous prouver que cet accident est moins rare que ne semble l'indiquer le silence des opérateurs. La nécessité de saisir le ligament large et de le sectionner le plus près possible de l'utérus, fait que la prise de la

pince est mal assurée, et par conséquent que celle-ci peut déraper.

Lorsque l'utérus est abaissable, il n'en est pas de même, et les difficultés de l'hystérectomie ne se ressemblent plus. J'ai fait plusieurs hystérectomies pour prolapsus, et pour cancers, et je suis à même de me rendre compte de la différence qui existe dans cette opération, l'utérus abaissé, ou l'utérus immobilisé à la partie supérieure.

Mais je crois que, lorsque les lésions des annexes permettent l'abaissement de l'utérus, ces lésions ne sont plus aussi sérieuses. Ce sont des salpingites catarrhales ou des ovaires kystiques, et de pareilles affections ne doivent pas nécessiter l'hystérectomie, opération qui devient alors hors de proportion avec la lésion.

Au danger de l'hémorrhagie, ajoutez les dangers possibles du pincement de l'uretère, de l'ouverture de la vessie, dont on cite des exemples, l'impossibilité le plus souvent d'atteindre les lésions, comme vient de le montrer M. Peyrot, et d'être sûr de faire une opération complète : vous comprendrez pourquoi je ne saurais admettre la proposition de M. Segond, qui nous dit que l'hystérectomie est indiquée dans tous les cas de bilatéralité des lésions. Malgré encore mon peu d'expérience, l'hystérectomie vaginale pour les lésions des annexes reste donc pour moi une opération beaucoup plus sérieuse que la laparotomie. Elle doit donc être regardée comme une opération de nécessité, réservée pour les cas où on ne peut pas faire mieux.

M. Quénu. Je reviendrai un instant sur la section médiane de l'utérus. M. Segond a dit, dans la dernière séance, qu'on ne peut la faire que sur les utérus qui descendent facilement. Cela n'est pas tout à fait exact; même quand l'utérus ne descend pas, on peut, en morcelant, se tenir de préférence sur la ligne médiane, puis, quand on approche du fond de l'utérus, l'attirer et le déprimer, pour ainsi dire, dans le vide ainsi formé, ce qui le rend tout de suite plus accessible.

M. Segond a dit aussi que les malades dont nous parlons saignent très peu au cours de l'opération. C'est vrai pour certaines d'entre elles, mais non pour toutes. Il y a une forme de salpingite qui, en effet, ne saigne pas : c'est la salpingite très ancienne et à parois épaisses ; il y a transformation conjonctive de cette paroi et sclérose des vaisseaux, comme je l'ai constaté hier sur une pièce anatomique. Mais certaines salpingites suppurées, récentes, avec poussée aiguë, certaines périsalpingites saignent beaucoup.

M. Reynier nous a parlé de pincement des uretères. C'est un accident qui, à mon avis, est à craindre dans les hystérectomies vaginales pour cancer, parce qu'on a bien soin de placer la pince

le plus loin possible de l'utérus; dans les salpingites, au contraire, on rase cet organe et on peut laisser dans la pince une collerette de tissu utérin. J'ai répété l'opération sur un cadavre qui portait justement une double salpingite adhérente, et j'ai pu m'assurer que la pince était placée à un centimètre et demi ou deux centimètres de l'uretère.

M. Segond. Je répondrai quelques mots à MM. Quénu, Peyrot et Reynier. A M. Quénu, je dirai que, sans doute, la tendance à l'hémorrhagie n'est pas la même dans tous les cas; mais ce qui est intéressant, c'est qu'elle est d'autant moindre que l'utérus s'abaisse plus difficilement et que le cas est plus grave.

M. Peyrot nous a signalé des phénomènes locaux, empâtements et douleurs, persistant après l'opération; et il nous a demandé ce que ces phénomènes deviendraient dans l'avenir. Je puis répondre en citant le fait d'une malade que j'ai signalée, dans ma première communication, comme étant la seule qui ne fût pas guérie à la suite de l'hystérectomie vaginale; or, j'ai revu depuis cette malade, l'induration et les douleurs qui persistaient dans son petit bassin ont presque disparu, et il s'en faut de peu qu'elle soit complètement guérie. En tous cas, ce n'étaient pas les annexes laissées en place qui étaient responsables de ces phénomènes consécutifs, puisqu'elles avaient été enlevées auparavant par une laparotomie. En résumé, on peut dire que ces symptômes fâcheux disparaissent à la longue; pour ma part, je n'ai pas observé une seule poussée de phlegmasie aiguë après l'hystérectomie vaginale.

Je serai bref en répondant à M. Reynier, car il y a entre nous une telle discordance, qu'il y aurait matière à un trop long débat. Je puis l'assurer que ce n'est pas « pour faire du nouveau » que nous avons adopté cette méthode; c'est parce que nous avons la conviction qu'elle est meilleure. Il n'admet pas qu'on puisse la discuter en dehors des cas de suppuration les plus graves; nous croyons le contraire. Libre à lui de ne pas admettre la discussion. Quant au manuel opératoire, à ses difficultés, à ses complications, M. Quénu vient de répondre sur un point: la blessure de l'uretère est bien peu à craindre; pour mon compte, je ne l'ai jamais vue. L'opération, dites-vous, reste incomplète! Ce serait ici la discussion tout entière qu'il faudrait recommencer, en montrant de nouveau que nous ne tenons pas à enlever les annexes intégralement quand elles résistent. L'hémorrhagie? Je n'en ai pas eu une seule, au cours de l'opération, sur mes 65 malades; j'en ai eu deux consécutives. Et je répète que c'est dans les cas les plus graves, en général, que l'écoulement sanguin est le moins à craindre.

M. Bouilly. Les importantes communications des deux dernières

séances de la Société nous ont montré que nos collègues se divisaient en deux camps pour la pratique de l'hystérectomie vaginale appliquée aux affections des annexes. Les uns, MM. Segond et Richelot, enlèvent de parti pris par la voie vaginale tout ce que les autres réservent à la laparotomie ; les autres, MM. Terrillon, Quénu, Terrier, ne laissent à la nouvelle opération que les cas non justiciables de la voie abdominale.

Je me range dans ce dernier camp. Pour les raisons que j'ai énoncées dans la séance du 4 mars dernier, je reste partisan de la laparotomie dans la grande majorité des cas, et je suis encore décidé à réserver l'hystérectomie vaginale aux conditions que j'ai spécifiées ; du reste, la plupart de nos collègues semblent s'être ralliés à ces indications. Je les rappelle telles que je les ai formulées à ce moment, ne trouvant rien encore à y changer. L'hystérectomie vaginale me paraît devoir s'adresser aux cas suivants : 1° salpingo-ovarites anciennes, compliquées de poussées de pelvipéritonite à répétition avec adhérences nombreuses et solides ; confusion des organes entre eux et avec les organes voisins ; impossibilité de rien reconnaître au palper et au toucher, que des indurations diffuses et des épaississements solides ; production de fistules purulentes dans le rectum, la vessie ou à la peau ; 2° suppurations aiguës ou chroniques libres dans la cavité péritonéale du bassin, ayant ou non pour point de départ les annexes de l'utérus, mais ne formant plus ces poches isolées, reconnaissables, que nous savons distinguer comme une trompe ou un ovaire suppuré. Il m'a semblé et il me semble encore que, dans ces conditions, l'hystérectomie est supérieure à la laparatomie. Je dois cependant ajouter de suite que, cette année, j'ai ouvert et traité par la voie abdominale un cas de ce genre — suppuration abandante du péritoine faisant saillie dans le cul-de-sac vaginal postérieur — et que j'ai obtenu une guérison rapide et complète en respectant l'utérus et les annexes chez une femme encore jeune.

Je ne veux pas actuellement entrer dans la question de doctrine en vertu de laquelle l'ablation de l'utérus semble à ses partisans supérieure à celle des annexes. Je reste sur le terrain des faits actuels ; j'ai observé sans parti pris tous les faits que j'ai eus sous les yeux depuis la première communication de M. Segond. Jusqu'en janvier 1891, je n'avais, à mon avis, trouvé qu'un seul cas vraiment justiciable de l'hystérectomie vaginale ; je l'ai rapporté dans la discussion de mars dernier : abcès pelvien d'origine tuberculeuse avec ouverture dans le rectum.

Depuis cette epoque, j'en ai observé deux autres : 1° une salpingo-ovarite ancienne avec adhérences multiples et processus fibreux englobant et confondant les organes ; 2° une pyo-salpingite du

volume d'une orange, chez une femme de 42 ans, tellement collée dans le bassin qu'elle donne l'idée d'une tumeur solide. Dans ces deux cas, j'ai fait la laparotomie sans rien enlever. Une des malades a été soulagée comme si son opération eût été complète ; l'autre devra prochainement subir l'hystérectomie vaginale.

Qu'il me soit permis de dire en passant ce que je répète souvent au lit des malades, que la laparotomie pour affection des annexes ne vaut plus rien, en général, après 40 ans, et peut être avantageusement remplacée par l'hystérectomie.

Dans tous les autres cas, j'ai pu enlever les collections par la voie abdominale, et, sauf dans quelques cas exceptionnels, l'opération a été assez facile. Je n'ai donc, dans cette note, pas d'autre intention que de mettre mes résultats opératoires en regard de ceux fournis par l'hystérectomie.

En 1890, sur 33 laparotomies pour ablation d'annexes, j'ai eu 4 décès ; sur ces 33 cas, il y avait 23 pyo-salpingites ayant donné lieu à 2 morts.

En 1891, depuis le mois de février jusqu'au 10 novembre, j'ai pratiqué 44 laparotomies pour affections des annexes, avec 5 décès.

Ces cas se divisent de la façon suivante :

16 pyo-salpingites avec 4 décès ;

28 salpingites catarrhales et interstitielles, hydro- ou hémato-salpingites, avec 1 décès dans un cas d'hémato-salpingite.

En résumé, sur 77 opérations, j'ai un total de 9 décès [1].

Je me suis expliqué déjà sur les 4 décès survenus dans les 33 cas de l'année dernière ; il me reste à analyser les 5 nouveaux cas de mort qui se sont produits depuis le mois de mars jusqu'à ce jour. 4 appartiennent à des malades atteintes de volumineuses collections purulentes ; au cours de l'opération, deux fois le pus fit irruption dans l'abdomen ; deux autres fois, l'intestin adhérent, aminci et presque ulcéré au niveau de l'adhérence, fut déchiré. Malgré des lavages abondants, on dépit de la suture intestinale immédiatement pratiquée, il se produisit de la septicémie péritonéale, et les malades succombèrent quelques jours après l'opération. L'hystérectomie vaginale aurait peut-être mieux réussi dans les deux premiers cas, où il s'agissait de volumineuses collections contenant du pus fétide, remontant très haut et très loin, et qu'il eût mieux valu ouvrir par l'ablation de l'utérus sans tentative de décortication.

Dans les deux cas où il se produisit une déchirure intestinale, j'ai peine à croire que cette grave lésion eût pu être évitée par un

[1] Si j'ajoute 2 opérations qui ont été faites le 10 novembre et qui ne figuraient pas dans les premiers chiffres, j'obtiens 79 laparotomies pour ablation des annexes avec 9 morts. Ces 2 malades sont aujourd'hui guéries.

procédé quelconque; une fois, il s'agissait d'un pyo-salpinx du volume environ d'un pouce, avec végétations ayant perforé la paroi tubaire et envahi les tuniques intestinales adhérentes ; qu'une traction aussi légère que possible eût été faite par n'importe quelle voie, la déchirure était inévitable. Dans l'autre cas, la malade était atteinte d'une ovarite suppurée : à côté d'une collection purulente grosse comme une mandarine, le reste de l'ovaire était transformé en une masse grosse comme une petite orange, infiltrée de pus, d'apparence fongueuse, avec adhérences intimes à tout le voisinage. Pour ne pas être dangereuse, l'opération par la voie vaginale aurait dû se borner à l'ouverture de la collection et à l'abandon de la masse solide. Ce sont des dispositions qu'on ne peut prévoir et qu'il est encore préférable de voir à ciel ouvert que de rencontrer dans les obscurités de la voie vaginale. Je fais remarquer encore que, dans ce dernier cas, le diagnostic était indécis ; que l'absence complète de phénomènes inflammatoires antérieurs, la santé excellente de la malade, m'avaient fait penser à un petit kyste intraligamenteux de l'ovaire, et que personne n'aurait songé à enlever l'utérus et les annexes des deux côtés à cette malade âgée de 21 ans, mariée depuis un an et ne se plaignant que de douleurs dans le coït.

Le cinquième cas de mort appartient à une malade opérée d'hémato-salpingite sans difficulté notable. Cette malade, atteinte déjà d'accidents cérébraux avant son opération, a succombé à des accidents méningitiques qui l'ont enlevée au huitième jour, sans aucune complication péritonéale.

En résumé — et c'est là le seul point que je voulais démontrer — les résultats opératoires immédiats sont aussi favorables par la laparotomie que par l'hystérectomie vaginale. M. Segond, sur 64 opérations, a eu 8 décès, soit 12,5 0/0 ; sur 79 laparotomies, j'ai perdu 9 malades, soit 11,3 0/0. Si l'on tenait compte du pourcentage, l'avantage semblerait mieux appartenir à la laparotomie ; mais la différence est trop peu considérable pour que j'en tienne compte, et peut facilement varier dans un sens ou dans l'autre.

Mais ce que j'apprécie davantage, c'est que, de l'aveu même de ses partisans, l'hystérectomie est plus difficile, plus laborieuse, et, à résultats égaux, je préférerai toujours l'opération la plus simple et la plus facile.

Lecture.

M. Phocas (de Lille) lit un travail intitué : *Greffe par approche pour rétraction cicatricielle des trois derniers doigts de la main gauche* (M. Berger, rapporteur).

Présentation de malade.

M. Le Dentu présente une malade à qui il a pratiqué, le 16 juillet de cette année, la *résection de 22 centimètres du côlon ascendant en même temps que celle des annexes de l'utérus atteintes de pyo-*



salpinx. Son observation a été communiquée à l'Académie de médecine dans la séance du 28 juillet. Elle peut se résumer en quelques mots [1].

La malade, entrée à l'hôpital Necker pour des lésions des annexes, avait dans le flanc droit une tumeur qui jusque-là n'avait donné lieu à aucun symptôme pénible. Elle paraissait dépendre du

[1] *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1891, p. 160

mésentère. Elle siégeait en partie dans le méso-côlon (ganglions tuméfiés), en partie dans la paroi du côlon ascendant.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un fibromyome annulaire du côlon, ayant amené une atrésie notable de l'intestin. Les matières passaient par un pertuis d'un demi-centimètre de diamètre. Les ganglions s'étaient enflammés et hypertrophiés par suite de l'existence d'une ulcération en aval du rétrécissement.

L'évidement du méso-côlon sur une grande longueur pour l'extirpation des ganglions nécessita la résection de 22 centimètres du côlon. Les lésions occupaient 9 centimètres de sa longueur.

Les deux bouts de l'intestin furent rapprochés au moyen de deux plans de suture à la soie 00 (19 points séparés muco-muqueux, 26 séro-séreux par le procédé de Lembert).

L'extirpation des annexes fut faite en dix minutes; les trompes étaient pleines de pus. Plusieurs petits kystes séreux, dont l'un se rompit, les entouraient.

La durée totale de l'opération fut d'une heure trois quarts.

Les suites en furent des plus simples. Au douzième jour la guérison était complète.

Depuis lors la situation de la malade est restée excellente. Elle n'éprouve aucune douleur et va régulièrement à la garde-robe tous les jours sans difficulté. On ne sent dans la cavité abdominale aucune induration; la masse intestinale est souple partout.

C'est pour faire constater cet heureux résultat que M. Le Dentu présente sa malade. L'opération date aujourd'hui de quatre mois.

M. Le Dentu montre ensuite la portion d'intestin réséquée. Il l'a fait soumettre à de nouveaux examens histologiques, pour qu'il ne reste aucun doute sur la nature réelle du tissu constituant cette tumeur annulaire du côlon [1]. La planche ci-jointe est la représentation fidèle de la pièce d'après une photographie.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire annuel,

G. Richelot.

[1] De nouveaux examens histologiques ont confirmé les résultats des premiers. La masse de la tumeur est formée presque exclusivement de tissu fibreux, avec hypertrophie notable des éléments musculaires normaux, mais ce tissu fibreux est parsemé de quelques éléments jeunes, fusiformes, en trop petit nombre cependant pour qu'on puisse considérer cette production comme un fibro-sarcome. C'est simplement du tissu fibreux en voie d'évolution rapide.

Séance du 18 novembre 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Th. Anger s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° (*a*) *Luxation congénitale de la hanche; opération d'Hoffa; guérison.* (*b*) *Arthrite tuberculeuse du coude; résection ; guérison*, par M. Denucé (de Bordeaux). M. Kirmisson, rapporteur.)

A propos du procès-verbal.

Laparatomie ou hystérectomie vaginale,

Par M. Boiffin (de Nantes).

A la suite de la discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie sur le traitement des lésions inflammatoires des annexes, il est désirable, je pense, que chacun apporte des observations qui permettent de juger la question, non seulement par leur nombre, mais aussi par quelques faits dominants.

Si modeste que soit ma statistique, elle s'ajoutera aux autres.

J'ai fait 12 laparotomies pour lésions inflammatoires des annexes; sur ces 12 cas, j'ai eu 1 mort. Sur ce nombre, il y a eu 7 opérations faites pour salpingite suppurée diagnostiquée, 1 hémato-salpinx pris pour une salpingite suppurée, 1 salpingite catarrhale prise pour une salpingite suppurée.

Les autres étaient des ovaro-salpingites, des ovaires scléro-kystiques.

Parmi les 7 laparotomies pour salpingite suppurée, 4 fois il y eut rupture de la poche et épanchement du pus dans le péritoine;

cependant la mort de l'une de ces opérées ne fut pas due à la péritonite, mais à l'obstruction intestinale produite par un volvulus constaté à l'autopsie, huit jours après l'opération.

Dans un autre cas, il y eut un peu de pus répandu sur l'intestin et une déchirure intestinale réparée par une suture. Dans ce cas, il était impossible de reconnaître l'intestin, l'ayant sous les yeux, car il avait l'aspect d'une poche au milieu d'adhérences; la déchirure aurait donc très probablement eu lieu par la voie vaginale, et je ne sais comment la suture eût pu être faite [1].

Dans un cas, je diagnostiquai une grosse poche bombant dans le vagin et remontant au-dessus de l'arcade crurale ; à l'opération, je trouvai une petite salpingite catarrhale cachée sous une grosse masse d'épiploon induré, intimement uni à la trompe et à l'ovaire.

Je fis ma quatrième opération pour salpingite suppurée chez une femme dans un état extrêmement grave; l'opération fut relativement facile. Certainement les forces de la malade ne permettaient pas une opération longue et laborieuse.

A côté de ces faits dont j'ai présenté les pièces à la *Société anatomique de Nantes*, trois autres ont été communiqués à cette Société.

Dans deux cas, des lésions diagnostiquées salpingite suppurée ont été opérées par la voie vaginale, et le chirurgien n'a trouvé derrière l'utérus que des ovaires scléro-kystiques, qui, d'après lui-même, eussent été beaucoup plus facilement enlevés par la laparatomie.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'un double hémo-salpinx opéré par la voie vaginale avec succès; mais deux mois après, on apportait « un rein enlevé à cette malade pour fistule uretérale avec pyélo-néphrite consécutive accompagnée d'accidents graves ».

On ne peut donc dire avec M. Segond « qu'il n'y a qu'à savoir tourner les difficultés et bien raser l'utérus, et alors nul danger de saisir l'uretère », d'autant plus que ces trois faits d'hystérectomie vaginale ont été communiqués par deux chirurgiens que M. Segond a initiés lui-même à sa méthode.

Jusqu'ici, un seul cas m'a paru relever de cette méthode : c'était une suppuration très ancienne du bassin avec fistule rectale et état général très grave, chez une malade de Paris envoyée au bord de la mer; la laparotomie, pratiquée par un de nos maîtres, dut rester incomplète à cause de difficultés insurmontables, et elle ne put enrayer les accidents. L'autopsie montra des lésions telles que je doute fort que l'hystérectomie eût mieux réussi.

[1] Depuis que cette note est rédigée, la malade dont il est ici question a succombé. Elle est morte huit jours après l'opération, avec des symptômes de septicémie intestino-péritonéale à marche lente.

Discussion sur l'hystérectomie vaginale contre le cancer utérin.

M. Terrier. Lors de la discussion sur l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus, discussion qui date de trois années, l'un des membres les plus éminents de notre Société, mon cher maitre, le professeur U. Trélat, terminait son argumentation en disant qu'on ne pouvait résoudre encore le problème discuté, car on ne possédait pas encore tous les éléments nécessaires à cette résolution. Pour lui, la question restait à l'étude, et c'est précisément parce que j'avais absolument les mêmes opinions que j'ai continué à pratiquer l'hystérectomie vaginale dans le but de traiter le cancer utérin; au même titre qu'on pratique l'extirpation du sein, dans l'espoir sinon de guérir, au moins de donner un maximum de survie aux opérées.

Lors de la discussion du mois d'octobre 1888, je fournis à la Société les résultats de mes 17 premières opérations; or, comme la plus ancienne opération datait du commencement de juin 1885, on conçoit facilement que ces résultats puissent sembler insuffisants aux adversaires de l'intervention radicale. Depuis, les faits observés se sont en quelque sorte complétés, et aux opérations de cette première série, je puis en ajouter 17 autres, ce qui donne 34 hystérectomies totales pour cancer utérin.

Or, une remarque s'impose dès le début, c'est que ces deux séries d'observations sont très comparables, soit au point de vue des résultats immédiats, soit au point de vue des résultats éloignés. Qui plus est, dans la première comme dans la deuxième série, je compte une observation d'ablation de l'utérus pour un soi-disant cancer du col, qui, au microscope, n'était autre qu'une métrite avec hypertrophie des glandes. Heureusement, ces deux malades opérées à tort ont guéri parfaitement.

Les 17 opérations de ma première série m'ont donné 4 morts rapides après l'intervention.

Les 17 observations de la deuxième série me donnent aussi 4 morts ou plutôt 3 morts rapides par choc et péritonite, et une mort éloignée au treizième jour, par phlébite de la fémorale (obs. due à M. Hartmann), soit 23 0/0 de décès. Il m'est donc impossible de dire que l'hystérectomie vaginale pour cancer est une opération bénigne ; c'est une opération sérieuse, mais il faut se rappeler qu'elle est pratiquée pour arrêter ou au moins enrayer la marche d'une lésion qui offre une gravité excessive.

Des malades de ma première série de 17 observations, il n'en reste plus que deux vivantes, les onze autres sont mortes.

Trois opérations incomplètes ont donné une survie de 9 mois (obs. 17), 8 mois (obs. 12), et 7 mois (obs. 10); notons que cette dernière malade s'est suicidée; le chiffre de survie est donc inexact. Les huit autres opérées ont eu une survie de 3 mois 1/2 (obs. 16), 7 mois 1/2 (obs. 9 et 13), 11 mois 1/2(obs. 4), 13 mois 1/2 (obs. 6), 20 mois 1/2 (obs. 11), 21 mois (obs. 3), 4 ans et 8 mois (obs. 5). Les deux opérées vivantes ont une survie de 6 ans et 4 mois (obs. 1) et 4 ans et 8 mois (obs. 14).

Remarquez que je ne parle que de survie et non de guérison, car la malade de l'observation 5 a succombé à la récidive du cancer au bout de 4 ans et 8 mois, et beaucoup l'auraient regardée comme guérie définitivement.

Des malades de ma deuxième série de 17 opérations, il reste 5 vivantes, 2 n'ont pu être encore retrouvées, 6 sont mortes plus ou moins longtemps après l'intervention.

Trois opérations incomplètes — chiffre qui est aussi celui de ma première série — ont donné une survie de 2 mois et demi (obs. 18), 3 mois (obs. 33) et 14 mois (obs. 23). Seule la malade de l'observation 33 est encore vivante et présente un état général excellent malgré la continuation du cancer qui envahissait les culs-de-sacs et même les tuniques externes de la vessie.

Les 8 autres opérées qui ont été revues ont une survie de : 8 mois (obs. 32), 10 mois (obs. 31), 13 mois et demi (obs. 26), 15 mois (obs. 22), 24 mois (obs. 20), 2 ans et 2 mois (obs. 24), 3 ans et 3 mois (obs. 21) et 3 ans et 5 mois (obs. 19).

Quatre d'entre elles sont encore vivantes : après 8 mois (obs. 32), 10 mois (obs. 31), 3 ans et 3 mois (obs. 21) et 3 ans et 5 mois (obs. 19).

Ajoutons que 2 de ces malades ont une cicatrice vaginale un peu suspecte, en ce sens qu'elle offre un petit noyau induré, sans caractères encore bien accusés (obs. 19 et 31).

Analysons maintenant en bloc les 34 opérations d'hystérectomies vaginales pour cancer. Elles ont donné 8 morts dont 7 rapides et 1 retardée au treizième jour par phlébite chez une albuminurique.

Il reste donc 26 opérations suivies de succès opératoires ; mais de ces 26 opérations il nous faut retirer 6 opérations incomplètes. Dans ces cas, en effet, la lésion continue son évolution plus ou moins rapide, et la mort est fatale à brève échéance; toutefois le résultat obtenu n'est pas à négliger, car la survie peut s'accompagner assez longtemps d'un état général excellent.

Tel est le cas d'une de ces malades encore vivante aujourd'hui. Ajoutons que cette survie paraît être en moyenne de 6 mois à 6 mois et demi.

Des 20 opérations faites complètement, c'est-à-dire dans lesquelles on a pu enlever tout le néoplasme, deux résultats nous sont inconnus, car il nous a été impossible de retrouver les opérées.

Il reste donc 18 opérées complètement, dont 6, c'est-à-dire un tiers, sont encore vivantes.

Or, la survie moyenne des 12 opérées qui ont succombé à la récidive du mal, a été de 18 mois et 8 jours.

Et celle des opérées vivantes est de 38 mois 10 jours.

Il est certain que, sur un nombre relativement restreint d'opérations, ces moyennes ne signifient pas grand'chose, d'une façon absolue; toutefois on peut les comparer ou les réunir à d'autres séries dues à des opérateurs divers, et certainement on arrivera ainsi à en tirer des conclusions importantes.

Actuellement je me bornerai à celles-ci :

L'hystérectomie vaginale pour cancer est une opération sérieuse.

L'hystérectomie vaginale incomplète est fatalement insuffisante, c'est-à-dire mauvaise, mais sa fréquence résulte justement de l'époque tardive à laquelle on nous adresse les malades. Dans quelques cas toutefois elle améliore considérablement l'état général des malades.

L'hystérectomie totale est souvent suivie de récidive (66 0/0), mais celle-ci peut être tardive (4 ans et 8 mois), si bien que quelques malades peuvent être considérées comme guéries, puisque cette récidive peut n'être pas encore apparue au bout de 6 ans et 4 mois et de 4 ans et 8 mois.

Cette guérison, en fait rare, ne nous semble pas extraordinaire, étant donné ce que chacun sait de la gravité du cancer et de sa tendance à la repullulation locale ou à la généralisation.

Une remarque en terminant. Au début de son intéressante communication, notre collègue M. Richelot a cru devoir insister sur le discrédit dans lequel serait tombée l'hystérectomie vaginale pour cancer à la suite de la discussion de 1888.

A cet égard, je crois que notre collègue se trompe, et un simple coup d'œil sur le *Jahresbericht der Geburtshülfe und Gynækologie*, de Frommel, lui montrera que, depuis 1888, il a paru de très nombreux travaux sur ce sujet.

En 1888, 1889 et 1890, nous en trouvons : 43 aux États-Unis, 29 en Allemagne, 18 en Angleterre, 2 en Scandinavie, 6 en Autriche, 2 en Australie, 3 en Hollande, 4 en Espagne, 7 en Russie, 2 dans l'Amériquo du Sud, 6 en Italie, et enfin 16 en France ou en langue française. Soit 122 mémoires ou observations à l'étranger. Il n'y en a que 16 en langue française, il est vrai, mais faut-il s'en féliciter?

Enfin, la question de l'hystérectomie vaginale a été l'objet d'une discussion importante au Congrès de Berlin l'an dernier, discussion à laquelle ont pris part Williams, Schauta, Pozzi, Landau, Martin, etc.

En fait, l'hystérectomie vaginale pour cancer n'était pas aussi profondément oubliée que le pense mon ami et collègue G. Richelot; en tous cas, je ne puis que le féliciter d'avoir soulevé de nouveau cette question au sein de notre Société, et à un moment surtout où l'on y bat en brèche la laparotomie au profit de l'hystérectomie.

M. Routier. Dans sa récente communication, notre collègue M. Richelot semble avoir fait appel du jugement porté il y a trois ans sur l'hystérectomie vaginale appliquée au cancer. Plus les cas relatés ici seront nombreux, plus il sera aisé de porter un jugement solide et bien établi; c'est pour ce seul motif que je vous soumets ici ma modeste statistique.

Je n'ai traité chirurgicalement, ou plutôt par une opération, que 21 cas de cancers de la matrice, parmi lesquels je compte 4 cas de cancers de la muqueuse du corps de l'utérus, le col étant resté intact, et 17 cas de cancers du col.

Prenons d'abord ceux-ci: sur ces 17 cas, 12 ont été traités par l'amputation du col ou le grattage consciencieux de l'ulcère cancéreux; 5 seulement par l'hystérectomie vaginale.

Il va sans dire que j'ai, depuis que je fais de la chirurgie, vu plus de 17 cancers du col de l'utérus; vous verrez tout à l'heure pourquoi je n'en ai pas opéré davantage.

Dans 4 cas, la lésion me parut trop avancée pour oser même tenter l'amputation du col, je crus devoir me borner au grattage.

La première de ces malades, âgée de 44 ans, avait un cancer ayant débuté depuis un an; c'était un gros ulcère fongueux; malgré deux grattages consécutifs, elle quitta l'hôpital en pleine récidive.

La seconde, âgée de 54 ans, portait un gros bourgeon cancéreux dont le début remontait à six mois; un mois après mon intervention elle sortit en très bon état; je n'ai pas pu la retrouver.

La troisième, 38 ans, avait subi l'amputation du col par M. Terrillon, en juillet 1886. Un bourgeonnement cancéreux énorme remplissait le fond du vagin; deux mois après je l'en débarrassai, surtout à cause des hémorrhagies; mais deux mois et demi après, elle mourait urémique, le cancer en pleine évolution.

La quatrième enfin, âgée de 53 ans, avait aussi subi l'amputation du col en juillet 1885; je grattai les masses cancéreuses en décembre 1886, j'ouvris même le cul-de-sac postérieur, il s'écoula une certaine quantité de liquide, les douleurs cessèrent, les hémorrhagies furent arrêtées, et la malade reprit son état de cuisinière

six semaines après mon grattage. J'ai su depuis qu'elle avait eu une phlegmatia alba dolens deux mois après, puis j'ai perdu ses traces, elle est certainement morte.

L'intervention chirurgicale se bornant à ces grattages de bourgeons cancéreux est souvent imposée par les circonstances et l'état de la lésion ; elle a l'avantage non seulement d'être bénigne en soi, mais encore de débarrasser pour un temps les malades de ces hémorrhagies ou de ces pertes fétides qui les affaiblissent et les intoxiquent; mais, comme je ne sache pas qu'on ait donné ce moyen parmi les procédés dits curatifs, je ne cite ces faits que pour montrer d'une part la durée totale de la maladie, et d'autre part la durée de la rémission obtenue par ce grattage.

Chez ma première malade, après un an d'évolution, il a été impossible d'arrêter par ce moyen la marche du cancer; je ne connais pas la date de la mort, mais je crois qu'en disant qu'elle est survenue dans les trois mois qui ont suivi la sortie de cette femme, je dois m'approcher de la vérité.

Je ne puis pas citer de dates pour ma seconde; ma troisième au contraire nous présente un exemple d'observation complète, avec plusieurs tentatives curatrices :

Chez elle, le cancer évolue neuf mois, puis il est supprimé par l'amputation du col que pratique M. Terrillon; mais moins de deux mois après, le cancer a repullulé; je fais alors un grattage, et deux mois et demi après elle meurt, ayant ainsi vécu treize mois et demi depuis l'apparition des premiers symptômes.

Enfin la dernière, bien que je ne sache pas la date exacte de sa mort, est encore instructive en ce sens que, si elle a aussi subi l'amputation du col en juillet 1885, elle avait ressenti les premières atteintes de son cancer deux ans et demi avant. Cette amputation lui donne plus d'un an de répit, la récidive apparaît, et c'est dix-huit mois après sa première opération qu'elle vient en réclamer une seconde, bornée cette fois au grattage ; elle sort améliorée ; mais deux mois après, elle a de la phlegmatie, et ne tarde pas sans doute à succomber.

La seule de ces malades qui ait vraiment tiré quelque bénéfice de la chirurgie, c'est la dernière, mais je vous prie de remarquer qu'elle a pu d'abord vivre deux ans et demi sans aucune intervention chirurgicale ; elle a bénéficié surtout de la marche lente de son cancer.

Passons maintenant aux cas où j'ai amputé le col utérin. J'ai dit que j'en comptais huit. Je note :

1° Une femme de 25 ans, le début des accidents remonte à deux mois; je pratique l'amputation sus-vaginale le 22 janvier 1887. Un

mois après apparaissaient des bourgeons cancéreux, six semaines après, mort. L'évolution totale s'est faite en cinq mois et demi.

2° Une femme de 43 ans, chez laquelle les premiers symptômes ont apparu il y a huit mois. J'ampute le col au galvano-cautère, le 18 août 1888. Déjà en octobre les bourgeons apparaissent, avec cachexie très prononcée, et la mort survient le 14 novembre 1888.

L'évolution totale s'est faite en un an, peu influencée par mon intervention.

3° Une femme âgée de 57 ans, chez laquelle le début remonte à sept mois; je fais l'amputation du col le 30 juillet 1888. Elle sort en bon état vers la fin d'août, mais en octobre, le petit bassin était plein de tumeurs dures, le vagin était pris en entier, et elle n'a pas dû tarder à mourir.

L'évolution totale a dû se faire en moins d'un an; mon intervention ne lui a pas donné cinq semaines de guérison apparente.

4° T. E..., âgée de 22 ans. Je pratique une amputation sus-vaginale très haut, trois mois après les premières manifestations du cancer, le 6 février 1888. M. Richelot voulut bien sous mes yeux tenter l'hystérectomie et dut y renoncer; la malade ne quitta pas le lit, la récidive fut immédiate et la mort survint le 25 septembre 1888.

Le cancer a évolué en onze mois; mon intervention a été absolument inutile.

5° M. ..., 43 ans, début six mois environ; a depuis, subi un grand nombre de cautérisations au fer rouge. J'ampute le col le 25 mars 1890. Vers la fin d'avril tout était cicatrisé, mais elle est morte vers la fin de l'année.

Le tout a duré environ quatorze ou quinze mois.

6° M. A..., 37 ans, malade depuis quatorze mois environ, a subi une opération à Lyon, il y a un an. J'enlève, le 12 avril 1890, un énorme champignon cancéreux, ainsi que sa base d'implantation. Le 26 juin la malade mourait urémique.

Le tout a évolué en dix-sept mois, les trois interventions chirurgicales ayant eu lieu en treize mois.

7° R. C..., 39 ans, début des accidents cinq mois, amputation supra-vaginale le 22 mai 1890, pas de guérison apparente, le cancer revient dès la fin de juin, et elle va mourir en province quatre mois après environ.

L'évolution rapide s'est faite en neuf mois.

8° C. M..., 35 ans, début il y a six mois, amputation conoïde du col, sus-vaginale, le 8 juillet 1890. Revient en septembre avec un gros bourgeon au fond du vagin, l'utérus tout à fait immobile, je n'ose y retoucher.

10 novembre 1891. État parfait, elle a engraissé, les culs-de-sac

sont souples, le moignon utérin mobile. J'ai donc seize mois de guérison.

Peu encouragé par ces piètres résultats, je m'étais promis de ne plus toucher à un cancer tant soit peu avancé, me proposant de traiter par l'amputation totale de l'utérus seulement les cas plus légers que je pourrais rencontrer.

Voici les cinq malades que j'ai cru devoir traiter ainsi; elles avaient cette variété de cancer du col caractérisé par un petit ulcère cantonné au pourtour de l'orifice.

Chez toutes l'utérus était parfaitement mobile et s'abaissait sous la traction.

1° B..., âgée de 23 ans, a subi en mai 1888 l'ablation d'un fibrome intra-utérin gros comme un œuf. Je la revois en 1889 pour un cancer du col; hystérectomie vaginale le 20 juin 1889.

Morte en septembre d'urémie, le petit bassin plein de masses cancéreuses, trois mois après mon intervention.

2° P. V..., âgée de 48 ans, début huit mois; hystérectomie vaginale le 18 septembre 1890; la plaie vaginale se cicatrise, mais la malade se cachectise; en janvier 1891 elle a un gros bourgeon au fond du vagin qui donne des hémorrhagies; elle meurt le 4 mars 1891, à la suite d'une hémorrhagie foudroyante.

Le cancer a évolué en seize mois; mon intervention a donné à peine quatre mois de guérison apparente.

3° J. T..., 28 ans, début trois mois, lésions tellement petites que mon diagnostic de cancer n'avait pas été admis par tout le monde. Hystérectomie vaginale le 20 janvier 1890; trois mois après, le ventre était rempli de masses cancéreuses; elle mourait en juillet.

Le cancer avait évolué en neuf mois. Mon intervention avait-elle servi?

4° J. J..., 47 ans, début six mois, hystérectomie le 6 mars 1891; morte le 28 de pneumonie double, contractée dans une salle où le poêle s'était éteint; tout allait bien du côté opéré.

5° H. D..., 37 ans, début un mois et demi, hystérectomie vaginale le 31 janvier 1891. Elle est allée mourir le 26 avril chez M. Reclus, à Broussais, avec une généralisation péritonéale de son cancer. Malgré mon intervention, son cancer a évolué en cinq mois.

Je suis évidemment tombé sur une mauvaise série; pas une de mes opérées n'a eu plus de six mois de survie, et cependant, je le répète, j'avais choisi mes cas, et n'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale que pour des cancers tout à fait au début; je n'ai pas été beaucoup mieux partagé que dans mes cas d'amputation du col, cependant j'ai eu tout au moins des guérisons apparentes.

Paris. — Soc. d'Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 49.12.91. *Le gérant :* G. Masson.

si courtes qu'elles aient été, ce qui vaut toujours mieux, à l'exception cependant de ma malade n° 8, qui présente seize mois de guérison et qui est en parfait état.

C'est pour ces motifs et à cause du peu de succès obtenu que je m'abstiens autant que je le puis de traiter opératoirement les cancers de l'utérus; je ne fais plus chez eux que de la chirurgie de symptômes.

Je rappellerai ici, et pour les opposer aux mauvais résultats cidessus éuumérés, les cas de cancer du corps de l'utérus que j'ai traités par l'hystérectomie, et dont j'avais parlé dans la discussion précédente.

Je dois dire que je n'ai plus opéré depuis cette époque, les deux cas vus depuis étaient trop avancés.

J'avais divisé leur histoire pathologique en deux périodes : 1° période pré-opératoire; 2° période post-opératoire, et je comptais une durée de période pré-opératoire de 14 mois pour ma première malade, de 36 mois pour ma deuxième, de 14 mois pour ma troisième, de 18 mois pour ma quatrième.

Pour la période post-opératoire, je comptais : 6 mois pour ma première malade, morte au moment de ma communication; les autres vivaient. Depuis, deux sont mortes, une seule survit.

On peut compter comme période post-opératoire : pour la troisième, 15 mois; pour la quatrième, 2 ans; pour la deuxième, 4 ans; elle vit encore, mais depuis deux mois elle a des douleurs dans le ventre; on ne sent rien dans le vagin, mais quand on pratique le toucher rectal on constate à bout de doigt un rétrécissement cancéreux.

Quoi qu'il en soit, mes résultats pour le cancer du corps de l'utérus sont autrement encourageants que pour le cancer du col.

J'ai vu en outre deux cas de cancer du corps utérin que je n'ai pas voulu opérer parce qu'ils me paraissaient trop avancés :

L'un a duré douze mois après mon premier examen; il est probable que le début du mal remontait à neuf mois, ce qui fait presque deux ans pour l'évolution complète.

L'autre a duré treize mois après mon examen, et semblait avoir débuté treize mois auparavant, ce qui fait un total de vingt-six mois.

Si je vous ai longuement rapporté tous ces faits, avec les dates, c'est surtout pour qu'on puisse se faire une idée de la marche du cancer de l'utérus.

L'hystérectomie totale par la voie vaginale n'est pas pour moi une opération grave, et je le prouve par mes résultats opératoires; malheureusement elle ne m'a pas donné grande satisfaction thérapeutique pour la cure du cancer du col de l'utérus.

Cependant, comme je n'ai pas eu de mort à déplorer, je suis tout prêt à employer de nouveau l'hystérectomie dans les cas les plus légers, réservant les amputations du col ou les grattages pour tous les autres cas; sans me faire illusion, et sachant bien que, quel que soit le procédé employé, ce n'est jamais que de la chirurgie palliative comme toute celle qui s'adresse au cancer.

Rapport.

Considérations sur les caractères anatomiques et sur le traitement des plaies par armes à feu de la moelle épinière. Trois observations personnelles de trépanation du rachis, par le Dr E. Vincent (d'Alger).

Rapport par M. E. Nicaise.

M. Vincent, professeur à l'École de médecine d'Alger, chirurgien de l'hôpital civil, a présenté à notre Société un important travail sur la chirurgie du rachis; il s'appuie sur des faits nombreux et les discute en homme d'expérience. C'est sur ce travail que j'ai l'honneur de vous faire un rapport.

Les lésions traumatiques de la moelle sont graves, mais, comme le dit M. Vincent, tout individu dont le canal rachidien a été traversé par un projectile n'est pas infailliblement destiné à succomber; des blessés ont survécu sans avoir été soumis à une intervention opératoire; d'autres ont été améliorés par un traitement chirurgical. Y a-t-il lieu d'appliquer à ces lésions une thérapeutique plus active que par le passé? C'est à élucider cette question que M. Vincent a consacré son intéressant mémoire.

Il expose d'abord les principales notions d'anatomie pathologique qui se rapportent aux blessures du rachis, d'après les faits qui ont été publiés ou qu'il a pu recueillir personnellement.

Cette partie descriptive, très soignée, échappe à l'analyse et à la discussion, elle conduit l'auteur à admettre que les lésions peuvent être rangées en trois groupes :

1° Il y a simple compression de la moelle par un épanchement sanguin, une esquille, ou même par le projectile situé en dehors du canal médullaire;

2° Le projectile a lésé directement le tissu nerveux en traversant le canal rachidien sans s'y arrêter;

3° Le projectile fixé dans un point de la colonne vertébrale fait saillie dans le canal rachidien, ou bien il est logé en totalité dans cette cavité.

M. Vincent aborde ensuite le traitement chirurgical. Les auteurs qui se sont occupés du traitement des lésions de la moelle épinière par coup de feu sont généralement d'accord pour admettre l'intervention dans les cas de compression de l'axe nerveux par le projectile ou une esquille, à la condition que l'opération puisse se faire avec simplicité, par l'élargissement de la plaie, le relèvement ou l'extraction des fragments osseux, au moyen d'une pince ou d'un levier ; mais il est des cas où cette intervention est insuffisante et où il est indispensable de faire des incisions et des trépanations, si l'on veut enlever le corps étranger ; il faut agir alors comme dans les enfoncements du crâne.

M. Vincent rapporte l'opinion de plusieurs chirurgiens anciens, en général peu disposés à une intervention hardie. Dans ces dernières années, depuis l'avènement de la méthode antiseptique, une pratique plus active est acceptée par la plupart des chirurgiens, en particulier par MM. Tillaux, Chauvel, Nimier et surtout Kirmisson.

M. Vincent cherche à établir la légitimité d'une intervention plus hardie, en faisant remarquer la gravité des lésions et en montrant que déjà les interventions des chirurgiens ont donné des résultats favorables.

M. Vincent montre par des chiffres combien est sérieux le pronostic dans les plaies de la colonne vertébrale par armes à feu ; dans 33 observations qu'il a recueillies, 11 blessés sont considérés comme guéris, il y a donc 66.66 0/0 de mortalité. Il fait remarquer que l'expression de « guéris » veut dire, dans ce cas, qu'ils ne sont pas morts ; car, sur ces 11 malades, chez 3 seulement il y a une guérison complète ; chez les autres, il persiste des troubles plus ou moins intenses (paralysie musculaire, anesthésie, etc.).

Sur ces 33 blessés, l'intervention a eu lieu 8 fois et a donné 5 guérisons et 3 morts ; il y a eu expectation dans 25 cas, avec 6 guérisons et 19 morts.

L'auteur conclut que ces faits sont favorables à la tendance actuelle de la chirurgie à agir plus hardiment ; mais il se demande avec raison si tous les cas sont également justiciables d'une intervention, et s'il y a lieu ou non d'établir une règle uniforme.

Il examine alors les différents faits qu'il a recueillis, en les groupant d'après les lésions anatomiques.

Dans le premier groupe, il y a simple compression de la moelle par un épanchement sanguin ou une esquille, ou même par le projectile situé en dehors du canal médullaire.

Ces conditions sont les plus favorables à l'intervention, et il n'est pas nécessaire d'insister beaucoup pour montrer son utilité, celle-ci est établie par l'analyse des observations de Morris, de Louis, de

Boucher, de Severanu, de Mac Kee. M. Vincent ajoute une observation personnelle de fracture du rachis, avec plaie de la moelle par coup de feu, dans laquelle la trépanation a donné la guérison.

Un homme de 31 ans reçoit, le 8 mars, une balle de revolver dans la région lombaire, au niveau de la première vertèbre, à droite des apophyses épineuses. Le 9 mars, M. Vincent constate que la sensibilité est conservée, il y a de vives douleurs, la miction est difficile, le blessé peut remuer les jambes, mais ne peut les détacher du lit.

Le 10, l'état du blessé est à peu près le même; d'après les symptômes, le chirurgien pense qu'il y a surtout compression de la moelle et il se décide à aller à la recherche du projectile ou des esquilles.

Après injection de 1 centigramme de morphine et 1 milligramme d'atropine, le malade est endormi avec le chloroforme; une incision découvre la lame vertébrale de la première lombaire qui est fracturée et perforée; plusieurs couronnes du petit trépan sont appliquées, on enlève des fragments d'os et de plomb. Le doigt pénètre alors dans le canal rachidien, qui est libre; les méninges ne paraissent subir aucune compression; le reste de la balle n'est pas trouvé.

Après l'opération, les douleurs persistent, la miction est toujours difficile, mais le malade peut se tenir debout pendant la nuit pour faciliter sa miction; le deuxième jour après l'opération, ictère; le septième, raideur des muscles du cou, signes de méningo-myélite; il en est résulté une diminution des forces et l'impossibilité de se lever pendant quelque temps; mais, trois semaines après, la marche était de nouveau possible avec des béquilles; l'amélioration se continue.

Il semble évident qu'il y a toujours avantage à enlever les agents de la compression, et cela le plus tôt possible.

Mais, comme le fait remarquer M. Vincent, le diagnostic est très difficile; « les symptômes de la compression par une esquille ou le projectile, de la contusion ou de la déchirure de la moelle, avec ou sans séjour de corps étranger dans le canal vertébral, se confondent, et cependant l'extraction à bref délai d'un corps étranger serait très indiquée. » Néanmoins, dans ces conditions, M. Vincent croit que le mieux est d'agir. L'opération vient d'abord en aide aux difficultés du diagnostic, et si elle ne peut donner un résultat thérapeutique, la méthode antiseptique la rend inoffensive, l'opérateur ayant soin d'avancer avec prudence.

L'intervention sera plus discutable dans les cas où les symptômes montreront que la moelle a été atteinte dans toute son épaisseur, au moment même du traumatisme; il y a lieu aussi de tenir compte du siège de la lésion dans une des trois régions vertébrales : cervicale, dorsale ou lombaire.

Si le projectile fait, dans le canal vertébral, une simple saillie comprimant la moelle, il paraît nettement indiqué de l'enlever, dit

M. Vincent. Il se demande ensuite si le canal vertébral est assez large pour permettre à un projectile d'y rester tout entier, à côté de la moelle, en n'exerçant sur elle que de la compression. Pour résoudre cette question, il a fait quelques recherches spéciales qui l'ont conduit à admettre qu'un projectile de 4 à 6 millimètres seulement est susceptible de trouver place dans le canal rachidien avec un simple refoulement de la moelle; mais, en tenant compte aussi de la longueur de la balle, il arrive à cette conclusion que, lorsque le projectile est logé en totalité dans le canal rachidien, il déterminera presque toujours l'écrasement de la moelle. Dans ces conditions, on devrait donc s'abstenir, dit M. Vincent.

Cependant, ce chirurgien est intervenu dans deux cas, avant d'avoir fait les recherches bibliographiques et anatomiques qui l'avaient conduit aux conclusions précédentes.

Un homme de 18 ans reçoit un coup de revolver (calibre 11mm) dans la région dorsale, entre la dixième et la onzième vertèbre; il y a eu des signes d'attrition complète de la moelle ; l'opération est faite le troisième jour après l'accident. La lame de la dixième dorsale est fracturée; on sent le projectile, qui peut être extrait, après avoir agrandi l'orifice osseux avec la gouge et le maillet. Après une légère amélioration, il survint de la fièvre et le malade succomba le huitième jour après l'opération; à l'autopsie, on trouve un écrasement complet de la moelle.

Le troisième opéré de M. Vincent est un homme de 37 ans, qui reçoit, au niveau de la dixième dorsale, une balle de revolver : paralysie immédiate des membres inférieurs. Deux jours après l'accident, M. Vincent fait une incision exploratrice; la lame de la onzième dorsale est perforée, l'orifice est agrandi avec la gouge et le maillet et on extrait une balle du calibre de 12 millimètres, puis ensuite une grosse esquille. Il y eut une certaine amélioration, mais de la myélite survint et le malade succomba au bout de quatre-vingt-quatorze jours.

Malgré ces deux insuccès, M. Vincent reste partisan de l'intervention, parce que, dit-il, la moelle présente une intolérance absolue pour les corps étrangers, et en les enlevant on peut espérer diminuer l'irritation qui aboutit à la méningite et à la myélite. Mais le motif qui doit entraîner surtout le chirurgien, c'est l'incertitude du diagnostic des lésions de la moelle, qui peuvent n'être dues qu'à une compression, par exemple, et la conviction que l'intervention n'est d'aucun danger.

M. Vincent termine son très intéressant et consciencieux mémoire par les conclusions suivantes :

1° Les traumatismes de la moelle par coup de feu présentent une grande gravité, mais ils ne sont pas fatalement mortels, et il

y a lieu de croire que l'intervention chirurgicale contribuera à sauver quelques blessés ;

2° Quelle que soit la nature des traumatismes de la moelle, à moins qu'il n'y ait en même temps une lésion viscérale ou thoracique mettant en péril les jours du blessé, et à condition que le coup de feu ait atteint les parties postérieures ou latérales du rachis en un point accessible, il faut débrider le trajet jusqu'à l'arc vertébral, chercher à se rendre compte de la nature des désordres, extraire les corps étrangers susceptibles de comprimer et d'irriter la moelle, et, dans ce but, il ne faut pas hésiter, s'il est nécessaire, à trépaner le canal rachidien. Cette opération peut être avantageuse, elle est quelquefois inutile, mais elle restera toujours innocente, à condition d'agir antiseptiquement.

La chirurgie de la colonne vertébrale est en progrès, comme celle des autres régions ; mais elle est encore à ses débuts, et un petit nombre seulement de chirurgiens ont osé pénétrer jusqu'à la moelle elle-même. Il n'y a pas trop à se plaindre de cette lenteur, l'organe est délicat au suprême degré, et l'on hésite à faire de larges ablations au canal osseux, se demandant comment il se consolidera ensuite, de façon à pouvoir supporter le poids du tronc. Dans la plupart des observations qui ont été publiées, on s'est surtout attaqué à l'arc postérieur de la colonne ; on a pratiqué ce que l'on appelle la laminectomie, la résection des lames vertébrales, dans les régions dorsale et lombaire particulièrement.

Trèves est allé plus loin ; il a proposé en 1886 une opération qui a pour but d'agir directement sur les corps des vertèbres lombaires, en les attaquant par la région lombaire postérieure ; Chipault l'a dépassé ; il a proposé et exécuté une opération dans laquelle, après avoir enlevé les lames, il dénude la dure-mère rachidienne, récline la moelle et met à découvert la face postérieure des corps vertébraux, où l'on peut intervenir chirurgicalement ; il a exécuté cette opération avec succès dans les régions dorsale et lombaire chez des enfants (*Revue de chirurgie*, 1891, p. 579).

Ces opérations peuvent convenir dans les plaies par armes à feu et dans les cas de tuberculose osseuse, d'abcès, de pachyméningite, de tumeurs (White), de fractures, etc.

Dans les fractures indirectes, les symptômes se rapprochent de ceux qu'on observe dans les plaies par armes à feu ; il peut y avoir compression, attrition de la moelle par des esquilles, des saillies osseuses. M. Weiss (de Nancy)[1] a obtenu un succès dans

[1] Weiss, Fracture du rachis, trépanation, guérison en trois mois (*Soc. de méd. de Nancy*, 1891).

un cas de fracture de la 11e dorsale avec flexion en avant ; l'ablation de l'arc postérieur des 10e et 11e dorsales a suffi pour amener la disparition progressive des paralysies diverses qui existaient. White (de Philadelphie), dans une communication sur la chirurgie de la colonne vertébrale, faite au Congrès des médecins et chirurgiens américains, tenu à Washington (22-25 septembre 1891), recommande la résection des lames des vertèbres dans les fractures quand, au bout de six à dix semaines, on constate de l'incontinence d'urine, des eschares, etc. Mudd (de Saint-Louis) dit qu'on doit s'abstenir quand il y a tendance à l'amélioration, et intervenir quand les symptômes deviennent stationnaires.

Ceci s'applique aux fractures des régions dorsale et lombaire ; quant à celles de la colonne cervicale, on hésitera, d'autant que le plus souvent on ne pourra administrer le chloroforme, à cause de la hauteur à laquelle remonte la paralysie.

A ce propos, je rapporterai le fait d'un jeune homme de 18 ans qui est entré, il y a quelque temps, dans mon service. Il exerçait la profession d'aide-maçon ; étant sur le dernier échelon d'une échelle, à environ 50 centimètres du sol, avec, sur la tête, une auge pleine de plâtre gâché et pesant environ 20 kilogrammes, il perd l'équilibre et saute de son échelon à terre.

Au moment où il touche le sol par les talons, il tombe foudroyé. Tous les organes et régions régis par la moelle, au-dessous de la portion cervicale, étaient paralysés ; la respiration se faisait surtout par le nerf phrénique.

Le saut, avec sur la tête un poids de 20 kilogrammes, avait exagéré la flexion de la colonne cervicale en arrière ; il y avait eu écrasement du 6e corps vertébral, avec formation d'un plan incliné, ainsi que l'autopsie l'a démontré, et il en était résulté une destruction complète de la moelle au niveau de la fracture.

Nous avons discuté la possibilité d'une intervention, et nous avons pensé qu'elle serait inutile; le malade a succombé le septième jour. L'autopsie a démontré que toute réduction était impossible et n'aurait pu être maintenue ; puis la moelle était détruite.

Dans le mal de Pott, l'intervention a déjà donné d'assez nombreux succès : Lane, dans une communication faite à la Société clinique de Londres, le 23 octobre dernier, annonce qu'il a fait 11 fois la laminectomie pour paraplégie ; dans 10 cas, la compression de la moelle était due à un abcès ; l'intervention a eu lieu le plus souvent vers le milieu de la région dorsale.

White est également partisan de l'intervention dans le mal de Pott, parce que la paraplégie tient le plus souvent à des abcès ou à de la pachyméningite externe ; nous avons vu que Chipault a

même agi directement sur la carie ou sur les séquestres de la face postérieure des corps vertébraux.

Par les remarques qui précèdent, je me suis proposé de montrer que la chirurgie du rachis pourrait être plus hardie dans certains cas; sans doute elle est délicate; mais, en s'entourant de tous les renseignements basés sur l'anatomie et la physiologie, l'interprétation des symptômes permettra de préjuger assez souvent ce que sont les lésions de la moelle.

Quand les fonctions de cet organe ne seront pas complètement abolies et que les symptômes resteront stationnaires ou s'aggraveront, on sera autorisé à intervenir.

L'hésitation sera permise quand toutes les fonctions de la moelle auront été détruites tout d'un coup, au-dessous du point lésé; pour ces cas, il est prudent d'attendre avant de formuler une opinion *absolue*. Il faut faire remarquer qu'une intervention sagement conduite est sans danger; elle peut rester exploratrice.

Quant au manuel opératoire, il bénéficie des progrès accomplis dans l'instrumentation. La trépanation du rachis avec les couronnes ordinaires est pénible et difficile. L'emploi de la gouge et du maillet, sur des os relativement petits et non absolument fixés, laisse à désirer. Mais, avec la pince à emporte-pièce à un seul tranchant de M. Mathieu, l'opération est singulièrement simplifiée.

En terminant, j'ai l'honneur, messieurs, de vous proposer d'adresser des remerciements à l'auteur et de renvoyer son manuscrit au comité de publication.

Discussion.

M. Championnière. Je n'ai pas eu l'occasion de faire la trépanation du rachis pour une plaie par arme à feu; je crois qu'ici, la blessure servant de guide, l'opération est plus simple que dans les conditions où je l'ai faite. La grosse difficulté, en effet, c'est de trouver le point où il faut intervenir; j'en ai encore en ce moment, dans mon service, un exemple frappant : c'est un homme qui s'est fait une fracture de la colonne vertébrale et qui a une paralysie des membres inférieurs. J'ai eu beau l'examiner avec et sans chloroforme, je ne sais pas où est sa fracture, et je n'ai pas encore osé l'opérer. S'il y a une question chirurgicale qui, pendant longtemps encore, ne pourra être soumise à aucune règle, c'est bien celle-là.

Je trouve, d'ailleurs, encourageants les résultats de la trépanation du rachis. L'opération est plutôt laborieuse que difficile. J'ai mis deux heures à découvrir et à nettoyer un canal rachidien dans lequel la moelle était comprimée par un cal de fracture. Les acci-

dents de compression ont augmenté temporairement; mais, au bout de quelques jours, ils s'amendaient, et le malade commençait à marcher.

Au point de vue de la technique opératoire, je rappellerai que, dans la trépanation du crâne, je ne me sers du trépan que pour faire un trou; puis j'agrandis l'ouverture autant qu'il le faut avec une pince coupante, analogue à la pince-gouge qui porte le nom de Nélaton. J'agis de même pour le rachis; mais il faut remarquer que la pénétration de l'instrument, en glissant sous la lame vertébrale, est assez difficile, et qu'il est bon d'avoir une pince de petite dimension.

M. Bazy. J'ai fait trois fois la trépanation du rachis dans la région lombaire pour une tumeur; deux de ces cas ont été communiqués au congrès de chirurgie. Je me suis servi du ciseau et du maillet; on peut aussi utiliser le ciseau de Hennequin, parce qu'il porte un petit talon qui peut protéger la moelle.

M. Nicaise a dit que, dans une trépanation partant de la région cervicale, il serait dangereux de donner le chloroforme. Je suis cependant arrivé, à Lariboisière, à endormir sans accident un malade qui avait une paralysie totale résultant d'une lésion cervicale.

M. Moty. J'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'un homme qui avait subi la trépanation du rachis et qui récemment s'est donné la mort. J'ai trouvé, à la placo de la lame vertébrale enlevée, une cicatrice fibreuse résistante qui protégeait bien la moelle, et au milieu de ce tissu fibreux une petite pièce osseuse qui ne comprimait rien. Il y avait une légère déviation de la colonne cervicale, une soudure de trois vertèbres entre elles; mais les articulations des vertèbres voisines suppléaient très bien celles que l'ankylose avait envahies.

Je m'associe aux conclusions de M. Nicaise : à la période de début, quand il y a doute sur le diagnostic, il faut se tenir sur la réserve; mais quand les accidents de compression se dessinent, l'intervention est justifiée.

M. Bouilly. Je n'ai pas d'expérience personnelle sur la trépanation du rachis. Mais j'ai eu dernièrement entre les mains un mémoire inédit de M. Chipault sur la question. On y trouve les éléments du diagnostic des lésions et de leur siège précis. On y trouve aussi des conclusions pleines d'intérêt, mais qui ne me paraissent pas fort encourageantes. Dans les traumatismes, dit l'auteur, la trépanation du rachis est indiquée très exceptionnellement, sauf les cas de fracture avec plaie; dans les luxations et les

fractures sans plaie, le diagnostic est douteux, ainsi que la valeur de l'intervention; dans le mal de Pott, indications fort rares; les résultats sont plutôt favorables dans les cas de tumeurs histologiquement bénignes des méninges et de la moelle.

M. Schwartz. J'ai vu faire, par un chirurgien suisse, une trépanation de la colonne vertébrale chez un ouvrier qui était tombé du quatrième étage et qui s'était fait une fracture de la région dorsolombaire dont le diagnostic était facile. Ce chirurgien en était à sa huitième trépanation; il se servit du ciseau et du maillet pour circonscrire l'apophyse épineuse et l'enlever, puis agrandit l'ouverture avec la pince coupante. La vertèbre fracturée avait profondément contusionné la moelle; la dure-mère fut incisée pour chercher s'il y avait un épanchement sanguin, puis fermée par une suture au catgut. L'opération avait été rapide, la guérison opératoire fut prompte; mais le résultat thérapeutique fut absolument nul.

M. Terrier. J'ai fait une trépanation pour une fracture de la région lombaire. Il y avait déplacement considérable et douleurs intenses des membres inférieurs; la lésion était déjà ancienne, et le résultat thérapeutique fut à peu près nul. Il faut dire que l'écrasement était assez étendu pour que l'ablation d'une lame vertébrale me donnât accès sur le corps de la vertèbre située au-dessous; la moelle était, en ce point, à peu près détruite.

Je dois avouer que je n'ai pas été très embarrassé pour faire cette trépanation, sans doute à cause de mes anciennes études vétérinaires. J'ai souvent aidé Colin (d'Alfort) et Brown-Séquard dans leurs trépanations sur les chevaux; nous nous servions du « rognepied », qui est une sorte de ciseau, et pour les animaux plus petits, le chien par exemple, d'un ciseau ordinaire. Plus tard, étant prosecteur à la Faculté, j'assistai au cours de Longet sur la physiologie des cordons de la moelle, et je fis avec M. Vulpian beaucoup d'ouvertures de rachis; je ne me servais pas d'instruments spéciaux, et je pense encore aujourd'hui qu'on peut employer des instruments quelconques, pourvu qu'ils coupent bien et qu'ils soient aseptiques.

M. Nicaise. Il est impossible aujourd'hui de formuler des conclusions fermes sur la chirurgie du rachis. Il y a eu certainement des opérations utiles; à la Société clinique de Londres, on a cité des cas de mal de Pott où la trépanation a réussi. Nous sommes encore dans la période analytique, nous devons nous borner à recueillir des faits; plus tard, nous les jugerons.

Quant à la pince que je vous ai présentée, sans doute il ne faut pas y attacher trop d'importance; d'autre part, on ne doit pas

rejeter de parti pris les perfectionnements de notre outillage. Cette pince a l'avantage de pouvoir servir dans toutes les opérations sur les os. Elle a un seul tranchant ; si je ne me trompe, celle de Nélaton en a deux.

M. Nélaton. Il y a, dans l'arsenal de mon père, un modèle de pince analogue à celui-ci, mais avec une petite modification qui n'est pas inutile : c'est un orifice par où s'échappent les débris osseux.

M. Reynier. J'ai fait, il y a huit ans, une trépanation du rachis ; j'ai enlevé la lame vertébrale avec un ciseau ; le malade a parfaitement guéri. Je me borne à citer ce fait comme venant à l'appui des idées défendues par quelques-uns de nos collègues.

Présentation de malade.

Emphysème septique et amputation.

M. Després. J'ai l'honneur de présenter à la Société, avec le malade à l'appui, une observation d'emphysème septique, avec constatation des microbes dits de l'emphysème toxique, amputé dans les parties emphysémateuses, l'emphysème ayant envahi le tronc et le bassin. La cuisse a été amputée au tiers moyen et le malade a parfaitement guéri dans le temps voulu. Opéré le 26 septembre, il se lève depuis plus de trois semaines et j'ai pu l'amener ici. Je me hâte de dire que j'ai employé dans ce cas, comme toujours, les vieilles méthodes de pansement : le diachylum, le linge troué enduit de cérat et la charpie imbibée d'eau et d'alcool camphré.

Plaie contuse de la jambe. Gangrène profonde. Emphysème septique. Guérison.

Le nommé Bo..., âgé de 36 ans, balayeur, entré, le 23 septembre 1891, salle Boyer, n° 61. Père et mère vivants et bien portants. Lui-même n'a jamais été malade.

Il entre à l'hôpital de la Charité le 23 septembre, immédiatement après un accident de voiture.

Rue Servandoni, il avait eu la jambe gauche prise entre la roue d'une voiture chargée d'ordures et le bord du trottoir, le malade étant étendu à terre.

A son entrée, on constate une plaie, par arrachement de la peau, de l'aponévrose et du périoste de la face antéro-interne du tibia, qui était dénudé en ce point.

La plaie béante avait l'étendue d'une pièce de dix centimes et la dénudation du tibia avait la même étendue.

Pas d'ecchymose au pourtour.

Il y avait un gonflement de la jambe au niveau du mollet et sur la partie interne, et un hématome en nappe sur la face postéro-externe de la jambe.

Pansement avec de la charpie trempée dans l'alcool camphré pur et toile gommée, bande peu serrée.

24 *septembre*. Même état. Température matin 39°,2, soir 39°,2.

25 *septembre*. Plaques gangreneuses et infiltration gazeuse de la jambe ; plaques bronzées remontant à mi-cuisse.

M. Després pratique trois incisions : une première, longue de 7-8 centimètres, sur la face externe de la jambe, au niveau des péroniers ; une deuxième, plus bas, derrière la malléole externe ; une troisième vers la partie moyenne de la jambe, immédiatement en arrière de la face antéro-interne du tibia ; écoulement de sérosité purulente et issue de gaz.

Traitement : sulfate de quinine 1 gramme, cataplasmes. Température matin 38°, soir 39°,2.

26 *septembre*. L'infiltration et la coloration bronzée ont gagné la racine de la cuisse, le pied est froid et gangrené. Phlyctènes sur la jambe et le pied, crépitation gazeuse.

Teint plombé. Peu de fièvre. Température du matin 38°,4 avant l'opération.

A 10 heures, M. Després pratique l'amputation de la cuisse au tiers inférieur (méthode circulaire en plein tissu malade, puisque l'infiltration remonte jusqu'à la fesse). Pas de ligature de la veine fémorale.

Pansement : bandelettes de diachylum affrontant la peau et les muscles, sauf aux deux extrémités latérales du moignon, par où passent les fils à ligature. Charpie imbibée d'alcool camphré.

Le malade avait perdu très peu de sang. Immédiatement après l'opération, il est transporté dans son lit. Un litre de vin, sulfate de quinine 0^{gr},60.

La température commence à baisser, et le soir elle atteint 36°,7.

La jambe gangrenée est examinée après l'opération. On recueille dans une pipette stérilisée la sérosité d'une phlyctène intacte.

La peau est incisée dans toute la hauteur de la jambe à la partie antéro-externe. Les muscles, au niveau du tiers moyen et un peu au-dessous, sont en voie de décomposition putride.

Le tronc de l'artère tibiale antérieure, isolé dans toute sa longueur, n'est pas oblitéré par des caillots. Les veines contiennent peu de sang ; la gaine des vaisseaux est infiltrée de gaz.

On fait une incision semblable à la partie postérieure de la jambe. On trouve les muscles superficiels décolorés, jaunâtres, infiltrés de gaz qui les rendent spongieux. Ceux de la couche profonde à partir du tiers moyen et au-dessous sont en grande partie putréfiés et baignent dans un liquide purulent ; l'artère interosseuse n'a pas été trouvée au milieu de ce putrilage. Les grosses artères sont vides de sang. Les veines

tibiales postérieures, péronières et la veine poplitée contiennent un liquide purulent, poisseux, adhérent à la membrane interne.

Pas de fracture des os. La gaine des gros vaisseaux poplités est particulièrement infiltrée de gaz.

Il y avait donc gangrène et putréfaction des couches profondes de la jambe.

Le liquide de la phlyctène, examiné au microscope, décèle la présence du vibrion septique. Malheureusement la culture n'a pas pu en être faite.

27 *et* 28 *septembre*. Le malade est très abattu. La température est le matin 37°,4 et 37°,8, le soir 37°,8 et 38°,4. Même traitement.

29 *septembre*. Le malade se sent mieux; les traits sont moins grippés. Température, matin 38°, soir 39°,4.

30 *septembre*. Le quatrième jour après l'opération, la suppuration apparaît aux extrémités latérales du moignon, l'œdème diminue ainsi que la crépitation au-dessous de la rougeur bronzée à la racine de la cuisse, la température redescend légèrement : matin 38°, soir 38°,6, se maintenant jusqu'au 3 octobre, où elle gagne la normale, qu'elle ne quitte pas jusqu'au 13 octobre, jour où l'on cesse de la prendre.

Le malade va de mieux en mieux, se nourrit bien et reprend toutes ses forces.

15 *octobre*. Chute des fils; le dernier fil tombe le lendemain 16. Le 17 et jours suivants le malade se lève.

Le pansement est fait avec un linge cératé et de la charpie sèche.

2 *novembre*. Cataplasmes pour nettoyer le moignon. Cicatrisation complète au bout de quelques jours.

Cette observation démontre que l'emphysème traumatique, emphysème septique avec le vibrion septique, est susceptible de guérison par l'amputation, même dans les tissus malades, quel que soit le traitement employé. Mais pour ceux qui ne croient pas aux microbes, et je suis du nombre, quoi que l'on ait trouvé le vibrion septique, j'estime qu'il ne s'agit pas là du véritable emphysème traumatique si redouté des chirurgiens.

Le malade avait une gangrène par compression et les gaz infiltrés étaient les gaz de la putréfaction. C'est ce qui explique, à mon sens, que le malade n'était pas intoxiqué. Néanmoins, pour les partisans des microbes, ce fait est bien une gangrène septique, et l'amputation de la cuisse a bien guéri sans antisepsie et sans antiseptiques.

En terminant, je ferai remarquer le bon résultat obtenu au point de vue esthétique avec la méthode circulaire.

Discussion.

M. Nicaise. Le moignon que nous présente M. Després est loin d'être parfait : il est dur, adhérent, atteint d'inflammation chro-

nique. Je ne suis nullement émerveillé du résultat obtenu; on n'a pas de moignons si défectueux avec la méthode antiseptique.

M. Terrier. J'ai eu dans mon service un malade atteint de fracture de jambe, et qui avait été mal soigné avant son entrée à l'hôpital; il avait de l'emphysème traumatique. Je me suis borné à faire des incisions et des lavages antiseptiques, et je l'ai guéri sans amputation.

M. Després. Chez mon malade, il y avait gangrène, mortification complète de la jambe, et j'étais bien forcé de faire l'amputation.

Je répondrai à M. Nicaise : Tous les moignons des amputés présentent des adhérences... (*Vives protestations.*)

M. Nicaise. Dans le cas de M. Després, il y a deux choses : d'une part, un malade guéri à la suite d'une amputation pour gangrène et emphysème traumatique, et c'est là un beau succès; d'autre part, un moignon défectueux, en mauvais état, et je ne puis m'empêcher de dire qu'aujourd'hui la chirurgie antiseptique nous donne des moignons qui ne sont pas adhérents et qui ont une tout autre apparence.

Présentation d'instruments.

M. Després présente de la part de M. le Dr de Voisins (de Toulouse) :

1° Une aiguille à suture en spirale avec rainure cachant le fil métallique, servant à faire régulièrement une suture d'une plaie étendue avec des points à égale distance, suivant le modèle de la suture de Pelletier. Cette aiguille a été fabriquée par M. Collin.

M. Després estime que cette aiguille en spirale peut avoir son utilité pour les sutures superficielles. Mais, contrairement à la pensée de l'auteur, il croit qu'il y a avantage à passer le fil après que l'aiguille a traversé les tissus, comme on le fait avec l'aiguille de Reverdin.

2° Une genouillère en coutil, lacée, pourvue à l'intérieur d'une poche en caoutchouc, pouvant être insufflée et formant coussin compresseur, ce qui permet d'exercer une pression graduée constante sur le genou et en particulier sur la rotule.

Scrutin

pour la nomination des commissions de prix.

Prix Duval. — MM. Marjolin, Routier, Polaillon, Quénu, Prengrueber.

Prix Laborie. — MM. Championnière, Marc Sée, Peyrot, Perier, Le Dentu.

Prix Gerdy. — MM. Horteloup, Reynier, Delens, Terrillon, Bazy.

Prix Demarquay. — MM. Berger, Nélaton, Bouilly, Segond, Jalaguier.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 25 novembre 1891.

Présidence de M. Desormeaux.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Nicaise, demandant un congé de trois mois;

3° Lettre de M. Chauvel, demandant une prolongation de congé d'un mois.

Déclaration de vacances.

M. le Président déclare vacantes quatre places de membres correspondants nationaux.

A propos du procès-verbal.

M. Després. Je désire compléter le procès-verbal de la dernière séance, en ce qui concerne la présentation de mon malade, amputé pour un cas d'emphysème traumatique. M. Nicaise a dit que le moignon de cet amputé était mauvais, adhérent, et il a soutenu que les moignons traités par la méthode antiseptique ne présentent pas d'adhérence. J'ai été fort étonné d'entendre M. Nicaise parler ainsi. Il n'y a pas d'adhérence de la peau, c'est possible; mais dans les meilleurs moignons, les muscles et les aponévroses adhèrent à l'os auquel ils viennent s'insérer; c'est, du moins, ce que m'ont enseigné les vieux maîtres de la chirurgie, et il suffit de disséquer un moignon pour le constater.

Suite de la discussion sur l'hystérectomie vaginale contre le cancer utérin.

Paul Segond. Avec nos collègues MM. Richelot et Terrier, j'estime que l'hystérectomie totale est l'opération de choix dans le traitement des cancers utérins toutes les fois qu'il est permis d'espérer que l'ablation sera totale. Non point que je m'exagère les limites de notre action curatrice, et comme vous tous je sais malheureusement trop bien les déboires que nous réservera toujours la chirurgie du cancer où qu'il siège; mais il me semble qu'en présence d'une femme condamnée par un cancer utérin, on a le droit et le devoir de mettre tout en œuvre pour tâcher de détruire complètement le néoplasme, et jusqu'à présent j'ai mal compris les arguments invoqués pour nous faire oublier dans le cas particulier du cancer utérin les avantages des ablations complètes, lesquels sont proclamés par tous les chirurgiens dans le traitement des autres cancers. Je viens donc m'inscrire à nouveau parmi les partisans très convaincus de l'hystérectomie totale dans le traitement du cancer utérin, et sans vouloir discuter à mon tour les arguments invoqués pour défendre ou combattre cette opération, je me contente de répondre à l'appel de notre collègue M. Richelot en vous communiquant les résultats de ma statistique personnelle.

Depuis 1888 j'ai traité par l'hystérectomie vaginale totale 33 cancers, dont 25 cancers du col et 8 cancers du corps (4 en 1888, 2 en 1889, 13 en 1890, 14 en 1891). Ces 33 hystérectomies m'ont donné 26 guérisons opératoires et 7 morts. Sur ces 7 morts il en est 2 dont

je suis seul responsable, en ce sens que l'une des opérées est morte de septicémie à la Charité parce que j'avais eu le tort de l'opérer sans m'assurer moi-même de l'asepsie du matériel instrumental, et l'autre a succombé parce que j'ignorais les ressources du morcellement et que je me suis servi de l'abaisseur de Quénu pour arriver à saisir le ligament large gauche dans une seule pince de Richelot. L'abaisseur avait accroché une anse intestinale qui s'est trouvée prise dans la pince, et bien que je me sois aperçu du fait après ablation de l'utérus, c'est une péritonite par perforation qui a enlevé la malade. Ces 2 morts datent de 1888. Les 5 autres, 3 en 1890 et 2 en 1891, ont été causées trois fois par péritonite et une fois par choc. L'état général de ces 5 malades était fort mauvais et les lésions cancéreuses étaient déjà fort avancées.

Les 26 guérisons opératoires se répartissent de la façon suivante : 8 (6 cancers du col et 2 du col) sont opérées depuis le 12 août, et par conséquent leur guérison est encore trop récente pour avoir une valeur au point de vue du résultat thérapeutique. 4 sont mortes de récidive au bout d'un an. L'une d'elles est morte de pneumonie, ne souffrant plus du ventre depuis l'intervention ; elle ignorait sa récidive. Ces 4 malades avaient des cancers du col. 3 vivent encore, mais leur cancer est en pleine récidive. L'une de ces opérées date du 8 octobre 1890, l'autre du 29 avril 1891 et la dernière du 12 juin 1891. 8 (dont 6 cancers du corps et 2 du col) vont bien ; mais, n'ayant pu les examiner moi-même ces derniers temps, je ne puis savoir s'il y a ou non récidive. Ces 8 opérées datent de plus d'un an. Enfin 3 opérées sont, me semble-t-il, très probantes au point de vue de la valeur thérapeutique de l'opération. La première est guérie depuis trois ans (femme de 35 ans opérée le 17 novembre 1888 pour un cancer végétant du col). La deuxième est guérie depuis deux ans et la troisième depuis un an et demi (femme de 42 ans opérée le 13 octobre 1889 pour un cancer du col. Femme de 60 ans opérée pour la même cause le 10 avril 1890).

J'ajoute que, dans les 33 cas composant cette statistique, le diagnostic a toujours été confirmé par l'histologie.

M. Verneuil. J'ai une observation à peu près unique. Il y a sept ou huit mois, une dame âgée vint m'amener sa petite fille malade, et se fit reconnaître à moi comme ayant été opérée en 1869 pour un épithélioma de l'utérus. J'ai le souvenir très présent de ce fait : c'était à Lariboisière, je devais opérer le même jour deux malades atteintes de la même affection, j'avais fait fabriquer pour l'amputation du col un écraseur à double chaîne que j'ai abandonné depuis. Les deux malades ayant été opérées et pansées avec un tampon imbibé d'alcool, l'une d'elle fut oubliée par mon interne et

garda le tampon du samedi au lundi. Lorsque je la revis au bout de quarante-huit heures, elle avait 39°; je retirai le tampon, et elle guérit de sa septicémie. C'est cette malade qui est revenue me voir et qui est bien portante, par conséquent, depuis 22 ans. J'en ai une autre, que j'ai opérée avec le regretté Siredey, il y a neuf ou dix ans, et qui vit toujours. Voilà des faits qui prouvent simplement qu'avec les amputations du col on peut avoir de bons résultats.

Tout ce que je veux soutenir aujourd'hui, c'est qu'il faut encore recueillir des faits, car la cause n'est pas définitivement entendue. Que les partisans de l'hystérectomie essayent un peu l'amputation partielle. Jusqu'à nouvel ordre, je persiste à croire que celle-ci nous donne une moyenne de survie plus considérable.

M. Schwartz. Si je n'ai pas à mon actif un grand nombre d'hystérectomies vaginales totales pour cancer, c'est parce que, comme vous le verrez, j'ai été peu encouragé au début; il m'a semblé néanmoins que les observations que j'ai l'honneur de vous soumettre présentent quelque intérêt, soit au point de vue immédiat, opératoire, soit au point de vue des résultats lointains.

Dans la première, qui date de 1888, il s'agit d'une femme de 46 ans, que j'opérai à Beaujon. Elle portait un cancer du col absolument limité au museau de tanche. Utérus très facilement abaissable. L'exploration de Schrœder nous démontra l'intégrité complète des ligaments larges. Je considérai le cas comme un des types les plus favorables à l'intervention large.

L'opération fut des plus faciles et ne dura que vingt-cinq minutes.

Les pinces furent enlevées vingt-quatre heures après. L'opérée guérit en vingt-cinq jours et pouvait retourner chez elle trois semaines après l'opération. L'examen de l'utérus enlevé, fait au laboratoire du professeur Cornil, montra que l'épithélioma lobulé n'envahissait que le col et qu'il n'y avait nulle part de traînées épithéliales profondes.

J'espérais un bon résultat, quand la patiente vint me revoir au bout de six mois avec un bourgeon de récidive au fond du vagin, qui augmenta rapidement, et elle est morte cachectique un an après l'opération.

Ma deuxième malade a été opérée cette année au mois de mars à l'hôpital Cochin. Il s'agissait d'une femme de 55 ans, atteinte d'un cancer très limité au col de l'utérus, sans lésion des culs-de-sacs, perdant beaucoup de sang et d'eau rousse, avec un utérus facilement abaissable. Je comptais lui faire l'ablation sus-vaginale; mais pendant l'opération j'ouvris le cul-de-sac péritonéal pos-

térieur et pratiquai immédiatement l'ablation totale. Les pinces furent enlevées quarante-huit heures après. Elle guérit parfaitement, mais conserva environ pendant trois mois une incontinence d'urine qui ne céda qu'à l'électrisation de la vessie, aux lavages froids et aux prises de noix vomique. Elle est actuellement guérie, car elle devait venir me retrouver à la moindre alerte.

La troisième opération ne date que de trois mois. Il s'agissait cette fois d'une femme de 29 ans qui avait des métrorrhagies profuses. L'examen nous montra le col envahi et, de plus, tout le cul-de-sac gauche du vagin pris ; malgré cela, une mobilité telle de la matrice et un abaissement si facile que je me décidai, à contre-cœur il est vrai, à tenter l'extirpation totale avec résection du fond du vagin. L'opération, un peu difficile à cause du volume énorme du col et de la rigidité du cul-de-sac vaginal gauche, fut néanmoins menée à bien. Mais, malgré une attention constante pour éviter cet accident, la vessie fut intéressée par une pince, et dix jours après la malade avait une fistule vésico-vaginale que j'ai essayé de refermer au bout de trois mois. Mais l'opérée a eu, sous l'influence du chloroforme, des vomissements tels que la suture a manqué et que j'attends pour la restaurer, me promettant bien de ne plus l'anesthésier par le chloroforme, qui lors de son hystérectomie nous avait déjà donné des ennuis.

En résumé, une malade, avec un cancer très limité, meurt de récidive un an après ; celle-ci était apparue six mois après l'opération.

Des deux autres, l'une opérée depuis neuf mois va très bien, mais a eu pendant trois mois une incontinence d'urine; l'autre est atteinte de fistule vésico-vaginale, suite de l'opération, et cela malgré toute l'attention que j'ai eue de l'éviter.

Je demanderai à mes collègues qui ont fait beaucoup cette opération si les accidents vésicaux qui sont survenus chez ma seconde opérée, et qui paraissent tenir à une paralysie du sphincter vésical, ont été observés par eux. Pour la fistule vésico-vaginale, c'est un accident qui paraît avoir été plus fréquent, et dernièrement notre collègue Richelot nous en entretenait dans son intéressante communication. Je considère, étant donnée la récidive presque certaine, 8 fois sur 10 environ, pendant la première année, que ces complications possibles doivent être mises en ligne de compte au point de vue des indications, et pour moi, je suis de plus en plus décidé à ne pratiquer l'opération que si les conditions dans lesquelles elle paraît se présenter sont telles que l'on puisse espérer une intervention facile, exempte de complications opératoires et donnant par conséquent immédiatement à l'opérée tout le bénéfice d'une guérison totale.

J'ai fait l'hystérectomie partielle supra-vaginale deux fois; dans le premier cas, l'opérée a eu une survie de dix-huit mois; dans le second, de quinze mois, la récidive ayant éclaté dans un cas, dix mois après l'opération.

Par contre, l'amputation simple du col m'a donné dans un cas un résultat que l'on peut considérer comme excellent, puisque l'opérée vivait encore l'an dernier et qu'elle avait été opérée en 1885. Il s'agissait si bien dans ce fait d'un épithélioma que je dus intervenir un mois après la première opération, qui n'avait pas été assez largement faite, et détruire au galvano-cautère une repullulation au niveau du moignon. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma lobulé.

M. Terrier. Depuis ma communication de la dernière séance, j'ai retrouvé une de mes anciennes malades dont j'avais perdu la trace; elle n'a aucune récidive et se porte à merveille depuis deux ans et sept mois.

Communication.

Influence des mouvements imprimés aux opérés pour la prise des calculs vésicaux et de leurs fragments pendant la lithotritie,

Par le Dr Horteloup.

Messieurs, je désire vous parler de l'influence et des avantages que présentent, pour la prise des calculs vésicaux et de leurs fragments pendant la lithotritie, les mouvements que l'on peut imprimer à l'opéré.

Le principe fondamental qui domine aujourd'hui la méthode de la lithotritie est celui-ci : on doit aller prendre la pierre là où elle se trouve.

Pour le mettre à exécution, on conseille d'introduire le lithotriteur jusqu'au centre de la vessie; on pousse alors la branche femelle vers la partie postérieure, tandis que la branche mâle se rapproche du col; puis on porte le bec de l'instrument, qui est ouvert, vers la droite par un mouvement de rotation et on referme l'instrument; si on ne saisit rien, on rouvre l'instrument et on tente la même manœuvre à gauche. Ces manœuvres, dit Coulson, chirurgien de l'hôpital des calculeux, à Londres, dans son *Traité de la pierre*, feront sans doute trouver une pierre s'il y en a une.

Dolbeau, qui faisait très bien la lithotritie, décrit ainsi les manœuvres : une fois l'instrument ouvert, si l'on touche un corps dur on rapproche les branches; si, au contraire, on arrive jusqu'à

la paroi postérieure sans rien sentir, on incline légèrement le bec soit à droite, soit à gauche, et l'on ferme le lithoclaste aussitôt que celui-ci se trouve en contact avec la concrétion. Très souvent, ajoute notre regretté collègue, on tombe spontanément sur le calcul, mais, dans quelques cas, la recherche présente de notables difficultés. Ainsi, dit-il, le rapprochement des branches peut avoir pour résultat le refoulement du calcul contre la paroi correspondante de la vessie, soit à gauche, soit à droite ; ou, si la portion courbe du brise-pierre est à plat, en se rapprochant les deux mors, au lieu de saisir le calcul, le soulèvent sans le fixer.

M. le professeur Guyon, qui a porté si loin l'art de la lithotritie, donne de la manœuvre de la lithotritie ainsi exécutée une fort jolie comparaison : on doit, dit-il, prendre la pierre avec le lithotriteur comme on saisit une noisette avec les deux doigts sans toucher la nappe et, à plus forte raison, sans la salir.

Malheureusement, l'écoulement abondant de sang qui se présente souvent dans la lithotritie prouve que l'on frotte la nappe, et toutes les précautions si minutieusement décrites pour s'assurer que la muqueuse vésicale n'est pas saisie préviennent qu'on a à redouter non seulement de salir, mais de déchirer la nappe. Lorsque, après s'être bien pénétré des manœuvres de la lithotritie, on passe à la pratique, on s'aperçoit facilement qu'une lithotritie bien faite dépend bien plus de l'habileté du chirurgien que de la précision des règles opératoires. Il y a toujours dans les descriptions, surtout pour les cas difficiles, un sous-entendu qui dit que l'on fait comme on peut.

La méthode qui consiste à aller prendre la pierre où elle se trouve a surtout été préconisée en France ; aussi est-elle désignée, dans les livres étrangers, sous le nom de méthode française, et on l'a opposée à celle qui avait été mise en pratique au début de la lithotritie, où l'on cherchait à faire tomber la pierre entre les branches de l'instrument.

Pour y parvenir, on conseille de relever autant que possible le pavillon du lithotriteur, de déprimer, avec le talon de l'instrument, le bas-fond de la vessie, qui prend alors la forme d'un entonnoir. Grâce à cette modification de forme de la vessie, le calcul peut tomber entre les branches de l'instrument ; si cela ne suffit pas, on frappe avec la paume de la main la crête iliaque pour mobiliser la pierre et chercher à la faire rouler dans la partie profonde.

Ce procédé n'est pas élégant, il est un peu brutal et peu fidèle; aussi a-t-il été délaissé et considéré comme procédé d'exception.

Si le modus faciendi est défectueux, l'idée de faire tomber la pierre entre les mors du lithotriteur est, au contraire, assez rationnelle ; aussi le baron Heurteloup, Amussat dès les premiers

temps de la lithoitritie, Reliquet plus tard, ont-ils cherché à réaliser ce problème en inventant des lits ou fauteuils avec lesquels on pouvait, en inclinant le malade automatiquement, mobiliser la pierre dans la vessie.

M. Le Dentu, qui a fait, dans son ouvrage en collaboration avec Voillemier, un historique aussi complet qu'impartial de la lithotritie, a donné le dessin d'un de ces lits.

On a reproché à ces instruments d'être inutiles, de compliquer le manuel opératoire, d'être difficiles à se procurer. Bref, ils n'ont jamais été employés que par leurs inventeurs.

Par une circonstance particulière, une grande similitude de noms, j'avais assisté, au début de mes études médicales, à nombre de lithotrities exécutées avec l'emploi d'un de ces appareils, et il m'était resté un souvenir d'opérations bien plus faciles, bien plus précises que celles que je vis pratiquer plus tard et que je pratiquai moi-même.

Aussi m'étais-je promis, dès que je le pourrais, d'en réétudier l'emploi; j'en ai trouvé largement l'occasion, à Necker, dans le service des maladies des voies urinaires, et je vous demande la permission de vous parler des résultats qu'il m'a donnés.

Voici l'appareil dont je me suis servi; ce n'est positivement ni un lit ni un fauteuil, c'est plutôt une chaise dont le dossier très

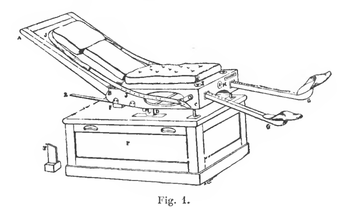


Fig. 1.

renversé forme avec le siège un angle obtus de 175°; je lui conserverai cependant le nom de fauteuil sous lequel il est plus connu. Les pieds sont placés dans des sandales dont on peut allonger les supports suivant la taille du malade.

Ce fauteuil, placé sur un coffre en bois, est maintenu en avant par deux petites tiges métalliques, en arrière par un coin en bois F que l'on peut retirer à volonté, et au milieu du siège par

deux mortaises métalliques D, dans lesquelles pénètre une forte tige d'acier semblable à un essieu de voiture.

Lorsqu'on retire le coin et que l'on appuie sur la partie supérieure du dossier, le fauteuil pivote dans les deux mortaises et vient prendre la position indiquée dans la figure 2, en formant avec la position précédente un angle de 45°.

Le fauteuil est arrêté dans son mouvement de bascule par deux

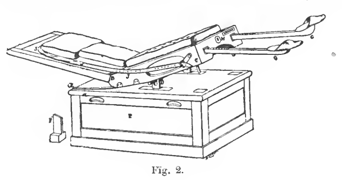


Fig. 2.

ressorts en acier B, à l'aide desquels, par la pression, on pourra imprimer une légère secousse à l'opéré.

On fait asseoir l'opéré à l'extrémité antérieure du siège, la tête et les épaules sont appuyées sur deux coussins, et une courroie J, posée sur la nuque, est fixée par deux boucles attenantes aux parties latérales du siège.

Dans cette situation, l'opéré ne fait plus qu'un avec l'appareil, dont il suivra sans fatigues, sans efforts, tous les mouvements qu'on imprimera.

Lorsque le malade est installé, que la vessie est remplie d'eau et que le lithotriteur est introduit, le chirurgien se place à la droite du fauteuil.

Avec la main droite, il dirige contre la paroi postérieure le lithotriteur; dès qu'il éprouve une légère résistance lui indiquant le contact, il ouvre le lithotriteur; puis, avec la main gauche appuyée sur le dossier du fauteuil, il incline celui-ci jusqu'à ce que les ressorts touchent le coffre, il attend quelques instants pour donner à la pierre le temps de glisser et de venir se placer entre les mors de l'instrument. Sans changer de position, il referme l'instrument et s'assure ainsi de la prise de la pierre; il relève alors doucement le fauteuil, tout en attirant le lithotriteur, de façon à placer au centre de la vessie la pierre, qu'il brise.

Quelquefois la pierre ne tombe pas du premier coup et il faut, à l'aide des ressorts d'acier, imprimer une ou deux petites secousses qui décident le calcul à descendre.

Lorsque la pierre est logée derrière la prostate en contact avec le trigone, la tige du lithotriteur peut arrêter la pierre dans sa marche, il faut alors éloigner l'instrument de la paroi de la vessie et laisser ainsi la pierre accomplir sa route; puis, remettant le lithotriteur en contact avec la paroi vésicale dans un point plus rapproché du trigone, on fait descendre le fauteuil pour le remettre dans sa première position; par ce mouvement inverse, la pierre tend à regagner sa place primitive, et elle tombe entre les branches du lithotriteur.

Ces manœuvres sont plus longues à décrire qu'à exécuter. Je ne dis pas cependant qu'un peu d'habitude et un peu d'adresse ne soient pas utiles pour les bien exécuter; mais ce n'est rien en comparaison des manœuvres auxquelles nous sommes obligés de recourir dans les cas difficiles, particulièrement lorsque, après avoir saisi une pierre logée derrière la prostate, on fait exécuter une rotation complète au lithotriteur chargé d'une pierre un peu grosse pour le ramener au centre de la vessie, où doit se faire le morcelment. Cette manœuvre, comme le dit Dolbeau, est toujours très douloureuse et très difficile; si, grâce au chloroforme, la douleur est devenue secondaire, la difficulté n'en persiste pas moins.

Dans ses remarquables leçons sur les maladies des voies urinaires, M. le professeur Guyon, en parlant du volume des calculs, cite des cas où, à une première prise, on trouve un écartement de 2 centimètres, et à la seconde prise, malgré le broiement, on trouve 3 centimètres. Pour expliquer ce fait, il se sert d'une comparaison très expressive : « Je lui avais tout d'abord pincé le bout du nez, et, ensuite, je l'avais saisi en plein corps. »

Avec les mouvements imprimés comme je viens de le dire, on n'a pas à redouter cette erreur, la pierre vient toujours se faire prendre par son centre, et la première prise donne la dimension de la pierre qu'on ne retrouvera plus aux prises consécutives.

Cette méthode si précise pour saisir la pierre et ses fragments par leur centre fait comprendre que le nombre de prises nécessaire pour broyer une pierre sera forcément diminué; car, par la simple loi de la pesanteur, les gros fragments viendront toujours tomber les premiers. Aussi est-il rare que pour un calcul de 4 à 5 centimètres on soit obligé de faire plus de 25 prises; lorsque, pendant quatre ou cinq prises, on n'a saisi que des fragments de quelques millimètres qui passeront par l'aspirateur, il est inutile d'insister, car on est sûr qu'il n'existe plus un seul fragment volumineux.

Comme vous le voyez, on ne touche qu'à peine la muqueuse, puisqu'on ne fait sur elle qu'une ligne de pression avec le talon de l'instrument, et encore dans une région qui n'est jamais conges-

tionnée, puisque ce n'est pas un endroit où la pierre se loge d'elle-même.

Aussi l'écoulement du sang est-il toujours insignifiant, et, de plus, comme il est inutile de porter latéralement son lithotriteur, on évite le tiraillement du col, qui est une cause d'hémorrhagie.

Depuis que j'ai adopté ce procédé, je n'ai recueilli que quatre observations dans lesquelles, ayant constaté la présence d'une pierre, il m'a été impossible de la saisir, et la taille m'a fait reconnaître deux fois une pierre adhérente, une fois une pierre dans une cellule et une fois un calcul enclavé entre la paroi vésicale et une énorme tumeur de la prostate.

Lorsque, après un examen fait avec ce fauteuil, on n'a pas saisi une pierre, on peut affirmer qu'elle n'est pas mobile dans la vessie.

A ce fauteuil un peu massif, mais inébranlable, on peut adapter un étau dans lequel se place le lithotriteur sur lequel on peut percuter sans faire éprouver le plus léger ébranlement au malade. Mais je ne veux pas entrer dans cette question qui allongerait cette communication, et je ne veux qu'insister sur un des avantages de cette méthode pour la lithotritie chez la femme.

Tous les chirurgiens qui ont eu l'occasion de diagnostiquer un calcul chez la femme savent combien les recherches sont difficiles dans ces énormes vessies sans bas-fond; mais avec la méthode dont je viens vous entretenir, ces difficultés s'évanouissent, car on fait forcément glisser la pierre dans le bas-fond artificiel qu'on produit avec l'instrument.

Pour l'aspiration des fragments après la lithotritie, les avantages sont les mêmes, puisqu'on peut porter l'œil de la sonde dans le point où l'on amènera ces fragments.

En admettant que l'emploi de ce fauteuil ne donne pas à un chirurgien non encore exercé à son maniement les avantages que je lui reconnais, serait-on en plus mauvaise condition pour revenir aux manœuvres ordinaires de la lithotritie ? je ne le crois pas.

La forme de ce fauteuil permet au chirurgien de se placer en avant de l'opéré, position qui rend extrêmement facile l'introduction des instruments, lithotriteur ou sonde évacuatrice, et l'exploration de la vessie.

Les objections contre ce fauteuil, basées sur son inutilité puisqu'un coussin peut suffire, ou sur les difficultés de se le procurer, ne me paraissent pas très sérieuses, surtout à une époque qui a vu naître des tables spéciales pour chaque opération.

De même qu'on se fait apporter une table pour une laparotomie, de même pourrait-on se faire apporter un fauteuil pour une lithotritie.

Le fauteuil dont je vous ai présenté le dessin pourra être mo-

difié; mais son principe est excellent, et je serais très heureux si les avantages que j'ai cherché à vous exposer pouvaient engager les chirurgiens à l'employer.

Discussion.

M. Bazy. Je n'ai pas l'expérience du fauteuil recommandé par M. Horteloup. Mais je dois dire qu'ayant l'honneur d'être l'élève de M. Guyon et m'étant toujours efforcé de l'imiter, je trouve que les prises directes donnent les résultats les plus satisfaisants. Il est possible que la manière de procéder de M. Horteloup soit bonne dans les cas de calculs uriques et de vessies saines ; et encore il arrive souvent, en pareil cas, que les mouvements imprimés au malade ne servent à rien, tandis que les prises directes réussissent. Mais avec les calculs phosphatiques qu'on trouve dans les vessies primitivement enflammées, je doute que la pratique recommandée par notre collègue ait de bons effets. Les contractions irrégulières de la vessie empêchent les secousses imprimées au malade d'être efficaces. Il vaut mieux faire comme M. Guyon, et attendre que « la vessie veuille bien s'ouvrir ».

M. Horteloup. Il faut distinguer, en effet, les deux variétés de calculs. Je ne crois pas qu'il y ait lieu de discuter au sujet des calculs uriques ; mais pour les phosphatiques, les mouvements imprimés au malade ont, je crois, plus d'avantages que ne le pense M. Bazy. Par les prises directes, on gratte la vessie, on la fait saigner ; les contractions de l'organe dérobent les calculs au brise-pierre. Avec le procédé que je recommande, on arrive à les saisir plus doucement, sans irriter la vessie. Je ne vois pas quels inconvénients peut avoir cette manière de faire, et j'y vois une chance de plus pour réussir.

Rapport.

Sur une observation de M. Cerné, intitulée : *Cure radicale des varices contre les ulcères de jambe.*

Rapport par M. Quénu.

M. Cerné nous a lu le récit d'une opération qu'il a pratiquée le 28 juin 1890 chez une femme âgée de 30 ans, pour guérir un ulcère variqueux dont le début remontait à huit mois.

Voici quel était l'état de la jambe au moment de l'opération ; je reproduis la description de l'auteur : « Un ulcère grand comme

une pièce de 2 francs siège à la région malléolaire interne ; un autre plus petit lui est superposé. Au-dessus se voit une plaque pigmentaire de la largeur de la paume de la main. La saphène interne est très dilatée, principalement derrière le condyle interne, où elle forme un véritable paquet variqueux. »

Le 28 juin, M. Cerné enleva par des incisions longitudinales : 1° le paquet variqueux situé derrière le condyle interne ; 2° un segment flexueux situé en arrière de la plaque altérée. Il ajouta à cette extirpation une section simple de la saphène entre deux ligatures au-dessus de cette même plaque.

Les suites opératoires furent simples, et sa malade sortit guérie trois semaines après. A cette époque, la peau de la jambe était devenue plus souple, et le lacis veineux avait diminué d'épaisseur.

M. Cerné a revu sa malade trois mois et quatre jours après sa cicatrisation, soit le 14 octobre 1890 ; les bons résultats s'étaient maintenus ; la pigmentation de la plaque cutanée avait presque disparu, ainsi que les poils ; la marche avait cessé d'être pénible, et la malade avait repris ses occupations de cuisinière.

A la suite de cette observation, M. Cerné se livre à quelques considérations sur la pathogénie des ulcères de jambe et sur leur thérapeutique chirurgicale. Il estime que les modifications trophiques de la peau, telles que l'épaississement, l'eczéma, la pigmentation anormale, etc., sont le résultat d'une lymphangite chronique consécutive elle-même à une périphlébite ; si la circulation s'accomplit mal, « ce n'est pas le fait des varices, c'est le fait de la périphlébite ». Cette dernière aurait pour origine le ralentissement du cours du sang dans les vaisseaux superficiels. M. Cerné ne nous apporte malheureusement aucune observation personnelle d'ordre anatomo-pathologique ou physiologique qui puisse étayer son hypothèse, je dirais plus volontiers sa pétition de principes. Il ne discute pas l'influence que peuvent avoir sur la pathogénie des ulcères variqueux l'état constitutionnel des sujets, l'étiage de leur nutrition générale ; il veut ignorer les altérations artérielles et les troubles du système nerveux, ou tout au moins il ne les signale point ; il s'en tient à la périphlébite. Sans aucun doute la phlébite et la périphlébite jouent un rôle dans l'histoire des varices ; tout le monde sait que l'altération variqueuse consiste justement dans une inflammation chronique particulière des parois veineuses ; mais tout variqueux n'est pas heureusement porteur d'ulcères : il faut pour l'ulcération quelques conditions de plus.

Je ne veux pas rééditer ici les raisons qui militent en faveur de l'influence considérable du système nerveux sur le processus, cette influence actuellement ne rencontre devant elle que peu de contradicteurs ; je désire seulement faire observer à ces derniers

que, pour nous-même, le trouble nerveux n'est pas le facteur unique : l'ulcération résulte d'une mortification parcellaire des tissus, d'une nécrose moléculaire, ainsi qu'on l'a dit jadis. A cette nécrose moléculaire, nous pouvons aujourd'hui assigner une cause, c'est l'infection. Tout ulcère variqueux commence par une érosion, une plaie, une écorchure; c'est parce que celles-ci sont et demeurent chroniquement septiques que l'ulcère se constitue et s'étend. Le succès des topiques les plus divers se réduit en somme à un pansement propre : tout ulcère bien pansé cesse de mériter son nom, puisque ses bords s'entourent d'un liséré cicatriciel et qu'il tend à la réparation. La saleté des malades, le défaut de soins, leur condition misérable, entrent donc à juste titre dans l'étiologie de l'ulcère variqueux. D'autre part, toute infection a besoin pour persister de trouver un milieu favorable : ce milieu lui est ici créé, je ne dirai pas seulement par un trouble circulatoire, ce n'est là encore qu'un élément du problème, mais encore par un trouble de la nutrition locale ou générale.

Le sang veineux circule mal dans des veines ectasiées, mais il circule bien plus mal encore quand il se joint aux varices un trouble de l'innervation vasculaire, et c'est ici justement que le système nerveux entre en ligne : à lésions variqueuses égales, on peut prévoir que là où surgit un trouble de l'innervation, là se développe de préférence un ulcère. M. Demoulin, prosecteur des hôpitaux, et moi, nous avons observé à l'amphithéâtre un sujet variqueux des deux membres inférieurs ; le pied et la jambe gauches étaient particulièrement atteints d'un œdème dur, avec une peau éléphantiasique et ulcérée dans l'étendue d'une pièce de 5 francs au niveau de la malléole interne. Or, de ce même côté gauche, le nerf sciatique était entièrement adhérent au carré crural, au pyramidal et à la capsule articulaire. Une arthrite déformante était le point de départ de toutes ces altérations.

J'ai essayé de démontrer ici même, en présentant des pièces anatomiques à l'appui, que l'état variqueux suffisait à lui seul pour engendrer à la longue des lésions des troncs nerveux, et en particulier du sciatique.

Un autre mode de démonstration de ces lésions nerveuses (mode que je pourrais appeler indirect) m'a été tout récemment fourni par la clinique. J'ai, cette année, examiné un malade âgé de 54 ans, conducteur de bestiaux, variqueux depuis des années et fils de variqueux. Il eut, il y a trois ans, un ulcère de la jambe au lieu classique ; sa plaie mit six mois à se guérir. Antérieurement et depuis longtemps déjà, la jambe et le pied gonflaient le soir ; le mollet était le siège de crampes et de douleurs vives. Or, ce qui l'amenait, ce n'était pas son ulcère variqueux, resté guéri depuis

deux ans et demi, mais un mal perforant siégeant au niveau des 2e et 3e articulations métatarso-phalangiennes [1]. Chez un second malade, âgé de 50 ans, boulanger, porteur très ancien de varices aux deux jambes, le petit orteil droit était le siège d'un mal perforant datant de trois ans. Or, de ce même côté droit, le malade souffrait depuis neuf ans de douleurs sciatiques.

Ne m'est-il pas permis de dire que ces maux perforants, tardivement consécutifs aux varices, sont la preuve d'une altération névritique engendrée par ces mêmes varices ?

Peut-on aller plus loin et analyser le mode pathogénique du système nerveux ? Nous sommes encore, à l'heure qu'il est, trop ignorants du mécanisme trophique pour être tant soit peu affirmatifs; néanmoins, je crois pouvoir, sans trop de témérité, admettre comme probable que, dans la pathogénie des ulcères variqueux, il s'agit principalement (quant au rôle du système nerveux) de phénomènes paralytiques affectant les nerfs vaso-moteurs.

Le caractère interstitiel des altérations nerveuses, l'absence de névrite parenchymateuse, laissaient déjà supposer qu'on devait surtout avoir affaire à des lésions passives résultant de la seule inactivité fonctionnelle. Ce que nous observons en clinique nous prouve, d'autre part, l'importance considérable de l'œdème dans la constitution et la prolongation du processus ulcératif ; l'œdème persistant est le prologuo de l'ulcère ; les pansements réduits à eux seuls n'agissent que lentement ou incomplètement si on n'y joint les conditions thérapeutiques qui favorisent le dégorgement du membre, telles que le décubitus horizontal et les procédés divers de compression. Il résulterait de cette conception que le système nerveux intervient principalement comme cause renforçante de l'œdème des membres.

Par suite, un trouble persistant de l'innervation vaso-motrice de cause générale devait théoriquement agir au même titre qu'une lésion matérielle des nerfs sur la pathogénie des ulcères variqueux. L'hystérie réalise ces conditions : nous savons, en effet, depuis les recherches de Damaschino [2], de Charcot et de ses élèves Dutil, Gilles de la Tourelle [3], etc., que l'œdème hystérique est loin d'être exceptionnel ; cet œdème s'accompagne parfois de cyanose (ce qui lui fait donner par Charcot le nom d'œdème bleu des hystériques), d'anesthésie, d'un abaissement de la température du membre, etc.

[1] Ce mal perforant exploré au stylet était des plus classiques : l'orifice était bordé d'épiderme épaissi, un durillon avait précédé sa formation; la santé générale de cet homme était excellente.

[2] *Gazette des hôpitaux*, 1880.

[3] *Nouvelle iconogr. de la Salpêtrière*, 1889. — Voy. Th. Athanassio, 1890.

L'observation suivante démontre que les choses peuvent aller plus loin encore et aboutir à l'ulcération des téguments.

M. le Dr Girode [1] et moi avons observé en mars 1888 une dame de 40 ans, très névropathe, souffrant depuis un an d'un ulcère de jambe. Cet ulcère avait succédé, paraît-il, à une piqûre de moustique; mais déjà antérieurement le membre était facilement œdématié, la malade accusait des sensations de froid, les orteils étaient ordinairement bleuâtres, la peau sèche et squammeuse.

La santé générale, sous la double influence du nervosisme et de la morphinomanie, était devenue peu satisfaisante : la malade ne prenait par jour pendant plusieurs semaines que quelques verres de lait. Divers topiques, tels que la liqueur de Labarraque, des solutions phéniquées et boriquées, des pansements secs, etc., furent appliqués sans résultats sur l'ulcère. Au mois de mars 1888, l'ulcère mesure exactement 12 centimètres de longueur, 10 de large; il siège juste au-dessous de la crête tibiale, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen du membre.

Le fond est recouvert d'une sorte de pellicule jaunâtre, la suppuration est abondante. Un œdème considérable occupe tout le pied et la jambe jusqu'au genou.

Les ongles des orteils sont irréguliers, hypertrophiés, striés, comme écailleux. Les points d'appui de la plante du pied sont recouverts de durillons épais.

Il n'existe point de varices superficielles, les ganglions cruraux sont indemnes.

On panse tous les jours la plaie avec des compresses boriquées après avoir fait pendant une demi-heure une application de compresses trempées dans une solution de sulfate de cuivre. Une compression ouatée énergique est ajoutée au pansement. Greffes épidermiques du 15 au 26 avril, à la fin de mai la cicatrisation est complète. Ma malade entre dans un institut hydrothérapique pour y soigner sa névropathie et sa morphinomanie.

Cette malade avait été examinée antérieurement par Charcot, pour qui l'état hystérique ne faisait aucun doute.

Elle n'avait ni affection du cœur, ni varices apparentes, et pourtant son ulcère avait tous les caractères des ulcères variqueux. Il n'est pas douteux que chez cette femme une paralysie vasomotrice persistante n'ait amené ce qui chez les autres est le résultat de l'altération variqueuse.

Je ne crois pas cette observation aussi exceptionnelle que la rareté des faits publiés pourrait le faire supposer. J'ai été frappé, à mes consultations de Levallois-Perret, commune très pauvre, de

[1] Cette observation m'a été remise par le Dr Girode.

la fréquence relative des ulcères, soit à la jambe, soit au cou-de-pied, chez des femmes jeunes et même des jeunes filles, presque des enfants, non atteintes de varices appréciables, non scrofuleuses, mais névropathes à jambes gonflées, froides et souvent cyanosées. Je suis convaincu que chez elles, avec ou sans la prédisposition créée par des varices profondes, l'hystérie doit être incriminée comme une des causes de leurs ulcérations.

En résumé, pour moi, l'ulcération résulte de l'infection chronique d'une plaie siégeant dans un membre à circulation défectueuse ; pour que le vice de cette circulation puisse entretenir un ulcère, il faut non seulement des varices, mais encore un trouble de l'innervation ; ce trouble consiste vraisemblablement dans une paralysie vaso-matrice ; il reconnaît pour causes le plus ordinairement une névrite sciatique engendrée par les varices elles-mêmes, mais il peut résulter de toute autre cause locale, voire même d'une affection nerveuse générale telle que l'hystérie. Le problème pathogénique qu'a soulevé M. Cerné est donc beaucoup moins simple qu'il ne paraît le supposer.

Les mêmes critiques pourraient être formulées relativement à ses conclusions thérapeutiques. M. Cerné se plaint que dans notre pays on continue à penser que l'opération contre les varices n'est indiquée que dans des cas très rares, tandis qu'à l'étranger de longues séries d'opérations ont été publiées avec des résultats plus ou moins favorables. Il importe, à mon avis, d'envisager les opérations dirigées contre les varices simples et celles qui s'adressent aux varices compliquées d'ulcères ; je n'ai à m'occuper que de ces dernières. J'avoue n'avoir pas trouvé dans les publications étrangères les longues séries dont parle M. Cerné, et quant à M. Championnière, dont il invoque l'autorité, je doute qu'il ait jamais érigé en système la cure radicale des ulcères variqueux. Je n'admettrais l'intervention systématique que s'il m'était démontré que la récidive est par elle rendue sinon exceptionnelle, du moins rare. Pour en juger, il nous faudrait des observations nombreuses et complètes, c'est-à-dire avec résultats éloignés ; car ces résultats éloignés, je les cherche, et je ne les trouve ni dans la littérature étrangère ni dans la nôtre.

Ils manquent complètement dans les observations de Daries Colley [1], de House, de Fry, d'Annandale, etc. La plupart, du reste, ont trait à des variqueux sans ulcères. Ils sont incomplets dans les communications de Madelung et de Starke au treizième congrès de chirurgie allemande de 1884. Sur quatorze malades opérés pour

[1] Voyez, pour les indications bibliographiques, la bibliographie du volume II du *Traité de chirurgie*.

des ulcères de jambes, Lebrun [1], de Bruxelles, n'en a revu que deux : la guérison s'était maintenue complète au bout de quatre ans. Plus récemment, Trendelenburg [2] s'est fait l'apôtre de la ligature de la saphène interne contre les varices et leurs complications.

Ce chirurgien renvoie pour ses observations à la thèse de son élève Tobold. Or ici les malades sont notés guéris à leur sortie d'hôpital et nous les perdons de vue.

Nous signalons même une récidive d'ulcère moins de quatre mois après l'opération (obs. II). Il est vrai que dans son travail Trendelenburg nous renseigne sur une de ses malades qu'il a suivie pendant cinq ans et dont l'ulcère ne s'est pas reproduit.

En France, enfin, nous en sommes réduits à l'observation de Championnière, à celles de Schwartz et de Ricard [3]; ces dernières datent de 1891.

La malade de Schwartz n'a été revue que cinq mois après la cicatrisation de son ulcère, celle de M. Cerné que trois mois et quatre jours après sa sortie d'hôpital. Nous-même avons pratiqué quatre fois la ligature de la saphène avec résection de paquets variqueux pour des ulcères de jambe. Nos opérations sont de cette année : chez l'un de nos quatre malades nous avons assisté en moins de deux mois à une réapparition des ulcères.

Il s'agissait d'un homme de 56 ans, qui s'aperçut de ses varices pour la première fois il y a cinq ans; il portait un ulcère à la face externe de la jambe, droite depuis deux ans, quand, au commencement de 1891, il se développa à la face interne toute une série de petites ulcérations assez profondes ayant chacune de 3 à 5 millimètres de diamètre. La peau était rouge et très variqueuse. Le 2 mars je pratiquai la résection de la saphène interne entre 2 ligatures, dans l'étendue de 5 à 6 centimètres au niveau de l'extrémité supérieure du tibia. Je fis une autre ligature de cette même veine au milieu de la jambe et réséquai une anastomose variqueuse entre les deux saphènes.

Le 25 mars, toutes les ulcérations étaient cicatrisées et le malade sortait entièrement guéri de l'hôpital.

Il resta quinze jours au repos, puis reprit son travail de maçon. Huit jours après, sa jambe enflait le soir, et peu après de nouvelles ulcérations réapparaissaient; je reçus de nouveau le malade dans mon service : toute la jambe était recouverte de petites ulcérations arrondies de 3 à 4 millimètres d'étendue, presque confluentes à la

[1] *Journ. de méd. et de chir. de Bruxelles*, 1885.
[2] *Beiträge zur klin. Chir.*, t. VII, 1890.
[3] Th. Archambaud, 1891.

partie inférieure du membre ; on en comptait une cinquantaine à la face interne et de 25 à 30 à la face externe. Des pansements boriqués cicatrisèrent toutes ces petites plaies dans l'espace de trois semaines. Le malade a été revu deux mois après, bien portant.

En résumé, nous devons être reconnaissants à M. Cerné d'avoir à nouveau soulevé la question du traitement des ulcères par la cure dite radicale des varices, mais nous prétendons que la question n'est pas résolue, que l'opération ne saurait être systématisée et que le choix des cas est à l'heure qu'il est des plus difficiles.

Tous les ulcères de jambe sont loin d'être semblables ; les petits ulcères multiples succédant à de véritables poussées d'ecthyma me paraissent en particulier peu justiciables de l'intervention ; *a priori* je réserverais plutôt celle-ci pour des ulcères chroniques s'accompagnant d'une dilatation variqueuse marquée des saphènes ou de leurs branches et anastomoses.

Ne soyons pas davantage absolu, quant au procédé opératoire. M. Cerné recommande de pratiquer surtout la résection des veines variqueuses au pourtour d'un ulcère encore peu étendu. J'estime sa recommandation très bonne, mais l'exécution n'en est pas toujours possible, et je croirai toujours prudent d'y ajouter l'excision entre 2 ligatures du tronc de la saphène interne, ainsi que l'ont fait la plupart des chirurgiens et M. Cerné lui-même.

Discussion.

M. Schwartz. J'ai fait plusieurs fois la ligature des veines et la résection des paquets variqueux pour guérir les ulcères, et j'ai toujours obtenu d'excellents résultats. Je pense absolument comme M. Quénu : cette ligature doit être réservée aux cas d'ulcères étendus, avec larges dilatations veineuses de la jambe et de la cuisse ; c'est aussi dans les cas de ce genre que Trendelenburg l'a conseillée. J'ai revu récemment un opéré de 1887, il est complètement guéri de ses varices. J'en ai d'autres encore, et trois notamment qui datent de cette année, mais les résultats sont trop récents pour que j'y insiste.

M. Quénu. J'avoue que ma religion n'est pas encore faite au sujet de cette guérison rapide des ulcères. Il y en a qui mettent trois et quatre semaines à se cicatriser. Il faut remarquer qu'avec ces ulcères et ces croûtes il est assez difficile de faire l'aseptie de la jambe qu'on doit opérer ; on la traite pendant un certain temps par des compresses boriquées, et l'opération est faite quand l'ulcération est à point, pour ainsi dire. Elle est déjà pansée

depuis longtemps, et il faut, en réalité, ajouter dix ou douze jours de traitement au laps de temps qui s'écoule jusqu'à la cicatrisation de l'ulcère.

Présentation de malades.

1° *Suture de la rotule.*

M. Reclus. Je vous présente un malade à qui j'ai suturé la rotule. C'était un cas particulier : il y avait un tout petit fragment inférieur, une très large déchirure de la capsule, une atrophie énorme du triceps dès le troisième jour. Au bout de dix-neuf jours, le malade commençait à marcher; aujourd'hui, après vingt-sept jours, le résultat est excellent.

Discussion.

M. Schwartz. J'ai opéré, il y a deux mois et demi, un étudiant en médecine qui avait un éclatement du fragment inférieur, 3 centimètres d'écart et un gros épanchement sanguin dans l'articulation. La suture immédiate m'a donné un excellent résultat : le malade marchait au bout de vingt-cinq jours, et le trente-cinquième jour faisait la flexion à angle droit. J'avais laissé deux fils d'argent, en ayant soin de les river; l'un d'eux, néanmoins, a fait saillie vers la peau. Il est probable que l'opéré n'en souffre pas, car, en cas de douleur, il devait revenir me voir.

M. Kirmisson. Le malade de M. Reclus a certainement retiré un grand bénéfice de l'opération. Je ferai cependant ici les mêmes réserves que j'ai faites dernièrement au sujet d'un malade de M. Championnière : on ne peut pas dire que ce malade soit guéri; il y a encore de l'empâtement péri-articulaire, du liquide dans le genou et un peu de mobilité entre les fragments. Cela tient à ce qu'on fait marcher les malades trop tôt. Je ne critique pas l'opération, mais je crains qu'en cherchant des résultats hâtifs on ne la compromette.

M. Monod. Je compte amener ici, dans une prochaine séance, deux opérés qui échappent à la critique de M. Kirmisson; il n'y a, entre leurs fragments, aucune mobilité.

M. Quénu. Je vous présente, à mon tour, un malade âgé de 48 ans, qui s'est fait, le 19 juillet, une fracture de la rotule avec plaie communiquante. Il descendait d'un quatrième étage, à cali-

fourchon sur la rampe, lorsque, ayant fait la bascule, son genou gauche vint heurter le rebord d'une marche. On sentait aisément le bris de la rotule en plusieurs fragments, la face antérieure du genou, très contusionnée, présentait une plaie pouvant admettre l'extrémité du petit doigt.

Le malade étant sous le chloroforme, je pratiquai une incision transversale passant par la plaie. L'articulation était pleine de caillots et de débris de ligaments et d'aponévroses. La rotule était divisée en deux moitiés par un trait transversal, chacune de ces moitiés comprenait elle-même plusieurs fragments : la moitié inférieure en comprenait deux, la supérieure quatre. Pour cette dernière il existait en effet un double trait de fracture, l'un vertical antéro-postérieur, l'autre vertical transversal, c'est-à-dire parallèle au plan même de l'os.

Je suturai avec un fil d'argent le plus gros fragment de la moitié supérieure au correspondant de la moitié inférieure; puis, les autres morceaux étant trop petits pour être traversés par un perforateur, j'en fis une véritable mosaïque en suturant à la soie les parties fibreuses qui les enveloppaient; j'arrivai ainsi à refaire une seule masse rotulienne. La synoviale fut suturée ainsi que les parties fibreuses péri-rotuliennes. Je plaçai un drain dans l'article pendant dix jours. Le 1er août on fit le premier pansement et on commença à imprimer quelques mouvements au genou. La plaie cutanée mit longtemps à se cicatriser à cause de l'élimination aseptique mais longue des parties contuses. Le 15 septembre elle était complètement fermée. On continua à faire les mouvements de plus en plus étendus et à masser tout le membre. Le 26 octobre, le malade fut désigné pour Vincennes ; actuellement sa rotule homogène est mobile sur la trochlée fémorale, le malade plie le genou au delà de l'angle droit, il étend aisément sa jambe, la tient horizontalement et peut donner un coup de pied ; il ne boite pas en marchant ; il y a trois jours, il a traversé sans fatigue le bois de Vincennes; hier, il est allé à pied de Passy à Levallois-Perret; aujourd'hui, il est venu, toujours à pied, de Passy à la *Société de chirurgie.*

2° *Méthode sclérogène.*

M. Reclus. La petite fille que je vous présente a été traitée par la méthode de M. Lannelongue pour une tumeur fongueuse de l'avant-bras qui rendait tout mouvement impossible. J'ai fait cinq piqûres, avec 2 gouttes de solution de chlorure de zinc au dixième. J'ai appliqué la bande élastique le troisième jour. Vous voyez que le résultat est très beau. J'ai employé cette méthode dans d'autres

cas avec succès, mais plusieurs sont trop récents pour que je vous en parle aujourd'hui.

Présentation de pièce.

M. Tuffier présente une pièce anatomique et lit une note sur un cas de *Section de la moelle par balle de revolver* (M. Nicaise, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,

G. Richelot.

Séance du 2 décembre 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Lettre de M. Gérard-Marchant, s'excusant de ne pouvoir, pour cause de maladie, assister à la séance.

Suite de la discussion sur l'hystérectomie vaginale contre le cancer utérin.

M. Bouilly. S'il était permis en 1888 de suspendre encore son jugement sur la valeur du traitement appliqué au cancer utérin, il nous est plus facile aujourd'hui de nous faire une opinion sur ce sujet. La pratique assez souvent répétée de l'hystérectomie vaginale nous fournit des documents importants sur ce point. Elle

nous a démontré, ce qu'il était déjà trop facile de présumer : 1° que le cancer de l'utérus représente, au point de vue de l'évolution, de la propagation et de la récidive, un des néoplasmes les plus malins contre lesquels la chirurgie puisse intervenir; 2° que l'ablation totale par la voie vaginale reste une opération grave et dangereuse.

En octobre 1888, au moment de la discussion de la Société de chirurgie, j'avais pratiqué 30 hystérectomies avec 7 morts, dont j'ai exposé les causes; depuis cette époque, j'ai pratiqué cette opération 21 fois qui se répartissent de la façon suivante :

	Opérations.	Morts.
1889	5	3
1890	11	5
1891	5	1

Ma mortalité opératoire est donc considérable; elle est plus élevée que celle de ma première série; elle ne peut donc être imputée à un défaut d'expérience. Aussi demande-t-elle à être analysée et expliquée. Ces chiffres élevés de décès pourraient faire peser sur l'opération une défaveur qu'elle ne mérite pas à ce point de vue; ma statistique personnelle est mauvaise, elle ne peut que compromettre ma pratique et non l'intervention en général. Sur les 3 décès de 1889, 2 sont dus à la septicémie, 1 au choc opératoire. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'une jeune femme de 29 ans, venant de l'étranger, épuisée depuis plusieurs mois par des hémorrhagies incoercibles, ne se nourrissant plus, tout à fait exsangue, ayant à la fois un cancer du col et un gros noyau secondaire dans le fond de l'utérus. La mort arriva en vingt-quatre heures par refroidissement progressif, sans incident notable au cours de l'opération et sans hémorrhagie secondaire.

En 1890, les cas de mort se répartissent comme il suit : deux sont directement imputables à l'opération; une fois la vessie se trouva ouverte, le cul-de-sac vaginal antérieur étant envahi par le néoplasme; malgré la suture immédiate de la vessie, le péritoine fut infecté et la mort survint en quarante-huit heures. Une autre fois, il se fit dans la journée même une hémorrhagie abondante qui emporta la malade six heures après l'opération. J'accuse une des pinces placées sur un ligament large d'avoir exercé une constriction insuffisante.

Une troisième malade succomba à des accidents d'urémie au troisième jour. Depuis l'opération jusqu'au moment de sa mort, il fut impossible de recueillir plus de quelques gouttes d'urine. L'opération n'avait pas présenté de difficultés particulières et je suis sûr de n'avoir pas pincé l'uretère; du reste, il faudrait ad-

mettre que les deux uretères auraient été saisis, ce qui est tout à fait invraisemblable.

Les deux autres cas de mort se sont produits dans des conditions où il n'était guère permis d'espérer la guérison :

1° Chez une malade atteinte d'un volumineux cancer du corps, épuisée par les hémorrhagies et la septicémie, ayant longtemps refusé toute intervention et opérée presque *in extremis*. Mort dans les vingt-quatre heures.

2° Chez une deuxième malade atteinte également d'un cancer du corps. Le volume de l'utérus était considérable et l'organe remontait presque jusqu'à l'ombilic; l'ablation fut difficile et laborieuse, et malgré la suture préalable du col, des détritus gangrenés et fétides furent certainement portés au contact du péritoine.

La mort survint le troisième jour par septicémie péritonéale.

Il s'agissait dans ces deux cas d'opérations véritablement risquées et pour lesquelles j'ai eu la main forcée par l'état grave des malades, anémiées par les hémorrhagies et atteintes de septicémie chronique.

La question de la survie et des récidives est plus intéressante à exposer. Il n'est pas douteux qu'un certain nombre de malades ont grandement bénéficié de l'opération.

Je compte et connais trois malades encore guéries sans récidive depuis 4 ans et 4 mois, 3 ans et 9 mois, 3 ans et 8 mois, et jouissant d'une santé parfaite.

J'en connais trois autres restant guéries : deux depuis 17 mois, une depuis 15 mois.

Plusieurs ont *longuement* bénéficié de l'opération : la malade que j'annonçais sans récidive en 1888, opérée le 20 octobre 1886, a fait une récidive en 1889 et est morte en février 1891, 4 ans et 4 mois après l'opération.

Une autre, opérée le 9 août 1888, est restée guérie 2 ans et demi, a récidivé depuis 10 mois et est encore vivante.

Une troisième, opérée le 7 juin 1888, c'est-à-dire depuis 3 ans et 5 mois, récidivée depuis environ un an, est également encore vivante.

Parmi les autres, je compte : 1 mort, 2 ans et 3 mois après l'opération; — 1 mort, 2 ans et demi après l'opération; — 2 morts, 2 ans après l'opération; — 3 morts, 2 ans après l'opération; — 4 morts, 2 ans après l'opération.

Parmi les malades dont j'ai pu apprécier à peu près l'époque de récidive, je note : 2 récidives, 8 et 9 mois après l'opération et mortes un an et demi après celle-ci; — 2 récidives, après 6 mois; — 1 récidive, après 4 mois; — 1 récidive, après 3 mois; — 2 récidives, après 2 mois et demi.

J'ai perdu de vue 5 de ces malades et je les suppose certainement mortes.

L'une d'elles, récidivée 3 mois après l'opération, est encore vivante aujourd'hui, 11 mois plus tard. Elle portait un cancer limité du col, développé un peu avant une grossesse et ayant reçu un coup de fouet du fait de celle-ci.

Je ne me crois pas en droit de donner des nouvelles des 4 malades opérées en 1891, la date de leur opération me paraissant encore trop récente.

En résumé, j'ai pratiqué 50 hystérectomies pour cancer de l'utérus; ces opérations m'ont donné depuis 1886 et me donnent aujourd'hui les résultats suivants :

1° 16 morts opératoires;

2° 6 guérisons sur 30 malades dont j'ai pu apprécier le sort ultérieur, dont la plus ancienne date de 4 ans et 4 mois, et la plus récente de 15 mois;

3° 2 survies actuelles de 3 ans et 5 mois et 3 ans et 4 mois, avec récidive environ 2 ans et demi après l'opération;

4° 4 survies prolongées, la mort étant arrivée une fois 4 ans et 4 mois après l'opération; — 2 fois, 2 ans et 6 mois après l'opération; — 1 fois, 2 ans et 3 mois après l'opération.

Dans les 18 autres cas, j'estime que la récidive s'est produite dans un délai variant de 2 mois et demi à un an après l'opération, et qu'en moyenne la mort est arrivée un an ou un an et demi après celle-ci.

Je suis loin de fournir ces résultats comme des succès ; j'expose simplement les faits de ma pratique. Mais ne sont-ce pas là ou à peu près les mêmes déboires que pour les cancers de toutes les autres régions? Obtient-on beaucoup mieux pour les cancers de la langue, du rectum, voire même de la mamelle, et cependant cessera-t-on de les opérer et de faire de nouvelles tentatives chirurgicales? Certes, je suis loin d'être enthousiaste de l'hystérectomie vaginale, mais n'ayant pas mieux, je continuerai à la faire dans le cas où l'indication m'en paraît tout à fait nette. Les interventions partielles n'ont pour elles que la bénignité immédiate des suites opératoires; leurs résultats thérapeutiques m'ont toujours paru détestables. Dans 15 cas, ne pouvant faire l'hystérectomie vaginale totale, j'ai fait une amputation partielle du col, remontant le plus haut possible au-dessus des limites apparentes de la lésion; quinze fois j'ai vu récidiver le mal avec une rapidité décourageante. Deux fois, pour des cancers *très limités* du col, j'ai amputé celui-ci à longue distance, bien loin au-dessus des culs-de-sacs vaginaux ; deux fois la récidive s'est faite rapide, et j'ai dû

pratiquer l'hystérectomie vaginale totale secondaire dans des conditions peu favorables.

Aujourd'hui ma doctrine est faite sur la conduite à tenir en cas de cancer de l'utérus : abstention opératoire complète dès que la totalité de l'organe ne peut être enlevée, hystérectomie vaginale totale tant que la lésion est limitée à l'une des régions quelconques de l'utérus.

J'accorde que, dans ces conditions, le nombre des opérations est restreint; mais l'intervention reste alors peu difficile et peu dangereuse et donne des chances de guérison comparables à celles du cancer des autres organes pour lesquels la chirurgie n'a pas encore désarmé.

M. Richelot. Dans notre dernière séance M. Verneuil nous a dit : « La cause de l'hystérectomie vaginale n'est pas encore entendue. J'invite ses partisans à faire des amputations partielles pour en mieux juger les résultats. »

En ce qui me concerne, messieurs, cette étude est déjà faite, et c'est ce que je suis venu vous dire dans ma dernière communication. Je vous ai dit que les discours de mon maître, M. Verneuil, en 1888, avaient fait sur moi une vive impression, et qu'après la discussion qu'il avait close victorieusement je m'étais interrogé en conscience pour savoir si je devais continuer à traiter le cancer utérin par l'extirpation totale de l'utérus. Je résolus alors de commencer deux séries parallèles d'amputations partielles et d'hystérectomies; au bout d'un certain temps, j'aurais comparé les résultats et je serais venu vous les exposer. Or, je pratiquai deux fois l'amputation sus-vaginale pour des cancers très limités, et la récidive fut rapide; deux fois l'hystérectomie, et je vis sur les deux pièces que le cancer dépassait la partie supérieure de l'isthme pour envahir la muqueuse utérine, et les deux malades sont encore bien portantes et sans récidive depuis deux ans. C'est alors que j'interrompis l'expérience à peine commencée, et que je revins sans réserve à l'extirpation totale, ne croyant pas avoir le droit de priver mes malades des avantages certains qu'elle présente en un certain nombre de cas. Aujourd'hui, il me faudrait pour l'abandonner une raison bien puissante, telle que la gravité opératoire dont quelques-uns parlent encore.

Mais cette gravité, à mon sens, n'existe plus. L'hystérectomie vaginale me paraît une opération d'une extrême bénignité. Il est vrai que mes collègues annoncent encore une certaine mortalité : Terrier a 17 cas et 4 morts, Segond 33 cas et 7 morts, Bouilly 21 cas et 9 morts. Ils ont dû se trouver entraînés à opérer quelquefois sur de mauvais terrains. Si ma première série, en 1888,

était assez malheureuse, permettez-moi de vous dire qu'aujourd'hui je me trouve le plus favorisé, puisque j'ai un seul décès sur 23 opérations, survenu chez une femme affaiblie et cachectique, à laquelle j'aurais mieux fait de ne pas toucher. Je dois dire que j'ai profondément modifié ma technique opératoire ; aujourd'hui, il m'arrive couramment d'enlever en 8, 10 ou 12 minutes un utérus mobile. Si la matrice est adhérente, de deux choses l'une : ou il y a propagation cancéreuse, et il vaut mieux ne pas l'enlever ; ou il y a complication inflammatoire banale du côté des annexes, et dans ce cas l'opération par morcellement est un plus peu laborieuse, mais tout aussi bénigne.

En somme, le peu de gravité de l'hystérectomie vaginale nous laisse toute liberté pour faire prévaloir les raisons qui militent contre l'amputation partielle, à savoir ces traînées épithéliales qui, dans les cancers les mieux limités en apparence, montent vers la cavité utérine ; ou encore ces noyaux cancéreux trouvés dans le corps utérin à distance de l'épithélioma cervical. Nos confrères lyonnais ont vu plusieurs cas de ce genre. Sur 17 opérations faites dans le service de Laroyenne, 4 fois il y avait des lésions séparées du corps ; et sur 6 malades opérées par Goullioud, son chef de clinique, 5 fois le cancer remontait assez haut pour échapper à l'amputation sus-vaginale.

Vous vous rappelez l'argument qu'on nous donnait, en 1888, en faveur des ablations partielles : le cancer, disait-on, récidive dans les ligaments larges, et non sur le moignon de l'utérus. Les faits que je viens de vous rappeler démontrent que ce n'est pas toujours vrai, et je puis vous citer un cas de ma pratique où l'amputation partielle a laissé du cancer sur le moignon : c'est une femme à laquelle Gallard avait enlevé le col avec l'anse galvanique ; deux mois plus tard, elle avait une récidive sur la tranche utérine ; je fis l'hystérectomie vaginale, et cette femme est précisément celle que je vous ai signalée comme étant aujourd'hui d'une santé parfaite depuis cinq ans et deux mois. Il y a donc des cas, messieurs, où l'hystérectomie vaut mieux qu'une résection limitée pour enlever tout le mal.

M. Verneuil pense que l'amputation partielle, tout compte fait, donne « une moyenne de survie » plus considérable. Mais, comme je vous l'ai dit, il me paraît inadmissible qu'on additionne simplement les mois de survie sans noter l'époque où la récidive commence, pour en conclure à l'utilité de l'intervention ; « car il ne dépend pas du chirurgien ni du mode opératoire adopté que la marche de la récidive soit plus ou moins rapide. Ce qu'il faut savoir, pour juger l'opération, c'est le nombre de mois ou d'années qu'elle *ajoute* à la vie, si tant est qu'on puisse le déterminer ;

l'intéressant, à ce point de vue, c'est le temps qui s'écoule avant l'apparition de la récidive. » Or, en nous plaçant à ce point de vue, nous avons des chiffres très encourageants. Il est bien entendu que je parle exclusivement des malades aujourd'hui bien portantes et sans récidive, car c'est là le point qui m'intéresse. Je vous ai signalé, pour mon compte, des malades guéries depuis 5 ans et 2 mois, 5 ans, 4 ans et 6 mois (elles ont un mois de plus qu'au moment de ma communication) ; dans ma seconde série, depuis 1888, il y en a 11 qui ont maintenant de 8 mois à 2 ans. Trois malades de Terrier ont 6 ans et 4 mois, 4 ans et 8 mois, 2 ans et 7 mois ; une malade de Segond a 3 ans ; celles de Bouilly ont 4 ans et 4 mois, 3 ans et 8 mois.

Je sais bien que M. Verneuil nous citait l'autre jour le cas le plus triomphant : une de ses malades guérie depuis 22 années. Je demande à mon maître la permission de faire ici une réserve : à l'époque où cette malade fut opérée, en 1869, nous connaissions mal certaines formes de métrite cervicale, ces gros cols déchirés, fongueux, à muqueuse renversée en dehors, ces « cols d'Emmet » qui nous paraissent aujourd'hui très faciles à distinguer du cancer. J'ai la conviction, sans pouvoir le démontrer, qu'il nous arrivait quelquefois de prendre ces cols de vilain aspect pour des épithéliomes. Si je parle ainsi, ce n'est pas pour le vain plaisir de supposer que M. Verneuil a pu faire une erreur de diagnostic, c'est pour arriver à dire ceci : de deux choses l'une, ou cette malade n'avait pas de cancer, et le fait ne prouve pas l'efficacité de l'amputation partielle ; ou elle avait un cancer, et le fait prouve la guérison possible du cancer utérin. Et alors, j'en reviens à l'idée que j'ai soutenue en 1888, à savoir qu'on a le droit d'espérer, dans un petit nombre de cas, la guérison radicale des cancers ; que tous les chirurgiens, à toutes les époques, ont semblé y croire, ont agi comme s'ils y croyaient ; que cette recherche de la guérison est le meilleur moyen de trouver les procédés qui nous en rapprochent le plus en donnant à nos malades la survie la plus longue ; que, par suite, il faut faire le mieux possible dans cette voie, en tenant compte de tous les faits connus, et notamment de ces traînées épithéliales vers la muqueuse utérine et de ces noyaux isolés auxquels j'ai fait allusion tout à l'heure. Or, ce mieux possible, c'est l'hystérectomie vaginale ; et voilà pourquoi j'ai cherché, en soulevant une nouvelle discussion, à la relever du discrédit où elle paraissait tombée.

A cela, M. Terrier me répond que l'hystérectomie vaginale n'était pas tombée dans un tel discrédit, à en juger par le grand nombre de travaux qu'elle a provoqués dans ces dernières années. Mais M. Terrier a dû convenir qu'en France ces travaux sont en

fort petit nombre. Or, c'est ce que j'ai voulu dire ; c'est en France, à Paris, à la Société de chirurgie, que ses partisans ont gardé le silence depuis trois ans. Il y avait donc quelque utilité, pour ceux d'entre nous qui ont affermi leur opinion et recueilli de nouveaux faits, à rompre ce silence et à remettre en lumière une opération qu'ils jugent bienfaisante.

Rapport

Sur une *observation de hernie obturatrice* communiquée par M. le Dr Picqué.

Rapport par M. Berger.

Les cas de hernie obturatrice sont assez peu communs pour qu'il faille recueillir avec une attention particulière les observations de cet ordre qui arrivent à notre connaissance. Celle que vous a communiquée M. le Dr Picqué, complétée par un examen anatomique fait avec le plus grand soin, présente à d'autres points de vue encore le plus grand intérêt. Voici le résumé de ce cas, qui doit être publié *in extenso* dans un travail qui est en train de paraître dans la *Revue de chirurgie* [1].

Une femme de 78 ans, pensionnaire à l'hospice des Ménages, est admise le 8 novembre 1887 à l'infirmerie de cet établissement, avec les symptômes d'un étranglement herniaire.

Souffrant depuis longtemps dans la région de la hanche gauche, atteinte par intervalles de douleurs vives vers l'aine accompagnées de vomissements qui cessaient dès que la malade pouvait rendre des gaz et des matières par l'anus, elle avait été prise deux fois, dans le courant du mois d'octobre, d'accidents plus intenses que d'ordinaire, accidents qui s'étaient dissipés à la suite d'injections de morphine.

Au moment où le Dr Picqué la vit, il y avait trois jours qu'une nouvelle attaque, semblable aux précédentes mais plus intense, s'était déclarée ; les vomissements avaient pris le caractère fécaloïde ; il n'y avait eu depuis le début des accidents aucune évacuation par l'anus ; quoique l'état général fût encore bon, on constatait des crampes douloureuses aux jambes.

A la partie la plus interne du triangle de Scarpa, existait une tuméfaction appréciable surtout par comparaison avec le côté opposé, tuméfaction mal circonscrite, douloureuse et tendue. Derrière l'arcade crurale, au niveau de l'anneau, on constatait un engorgement douloureux et la palpation donnait la sensation de corde épiploïque.

[1] L. Picqué et P. Poirier, Étude sur la hernie obturatrice (*Revue de chirurgie*, 10 septembre 1891 et numéros suivants).

M. le Dr Picqué, en présence de ces phénomènes, conclut à l'étranglement d'une hernie crurale exceptionnelle, probablement d'une hernie pectinéale, et il se mit aussitôt en devoir de l'opérer; mais à peine avait-il pratiqué l'incision des téguments, que la tuméfaction disparut et qu'après des recherches multipliées il fallut admettre que la hernie en question s'était réduite spontanément au cours de l'opération. En effet, dans la nuit qui suivit, la malade eut une débâcle complète.

Le 1er janvier, de nouveaux accidents font explosion avec une plus grande intensité ; mais au moment où M. Picqué voit la malade, le 3 janvier, il existe une rémission marquée des symptômes, et quoique la tuméfaction persiste, les vomissements ont cessé. Pensant à une résolution spontanée des accidents analogues à celle qu'il avait observée peu de temps auparavant, M. Picqué prescrit des purgations, qui sont vomies; un lavement purgatif, qui amène une évacuation peu abondante. Cependant l'état général s'aggrave, des complications pleuro-pulmonaires apparaissent et la malade succombe le 14 janvier.

Je passe très rapidement sur les détails de l'*autopsie*, que nous retrouverons par la suite. La hernie s'est faite par le canal sous-pubien, elle siège entre le muscle pectiné et l'obturateur externe, c'est donc une hernie obturatrice. Le sac est pourvu d'un collet très marqué ; il renferme une anse complète d'intestin entourée par une collerette épiploïque qui lui adhère dans toute sa circonférence ; les deux bouts de cette anse présentent un sillon manifeste ; sur le bout supérieur l'on constate même deux petites perforations ; l'intestin étranglé renferme d'ailleurs des corps étrangers : grains de raisin, pépins d'orange, fragments de coquilles d'huîtres. Outre cette anse intestinale, le sac renferme la trompe gauche et 4 centimètres de son ligament ; l'ovaire correspondant se trouvait tout près de l'orifice herniaire, dans le ventre, appliqué contre l'aponévrose de l'obturateur interne.

Ce cas est le premier, à notre connaissance, où la trompe seule, sans l'utérus et sans l'ovaire, ait été trouvée dans une hernie obturatrice. La présence de l'ovaire dans cette sorte de hernie a été observée par Rust, par Blasius, par Chiene et par Kiwisch ; l'utérus, accompagné des deux trompes et d'un des ovaires, y a été constaté dans un fait de Brunner. La procidence d'une des trompes a été surtout observée dans des hernies inguinales, parfois aussi dans des hernies crurales. La présence de cet organe dans une hernie obturatrice ne peut se révéler par aucun phénomène caractéristique, et elle ne présente qu'un intérêt tout à fait secondaire quand la hernie présente, en outre, une anse intestinale étranglée, comme c'était le cas dans l'observation de M. Picqué.

La hernie en question était, ainsi que l'autopsie en a donné la preuve, une hernie intestinale étranglée dans le canal sous-pubien,

et le premier point qui appelle notre attention est la difficulté qu'a éprouvée M. Picqué à établir le diagnostic : 1° de la variété de hernie à laquelle il avait affaire ; 2° de la nature des accidents dont elle était le siège.

1° Lors des premiers accidents qui amenèrent la malade à l'infirmerie, M. Picqué n'eut aucune hésitation à conclure à l'existence d'un étranglement herniaire; mais le siège de la tuméfaction le conduisit à rapporter cet étranglement à une hernie crurale exceptionnelle, à une hernie pectinéale. Ce fut la manière dont cette hernie se réduisit spontanément qui lui fit soupçonner sa véritable nature, bientôt déterminée avec certitude par le toucher vaginal.

Ce n'est pas que l'on manque de signes pour distinguer la hernie obturatrice étranglée des hernies crurales; mais ces signes sont inconstants, tout au moins en partie ; ils peuvent faire défaut dans certains cas, tels que celui de M. Picqué, et ils laissent alors le chirurgien dans l'incertitude.

La hernie obturatrice est caractérisée, en effet :

a. Par une *tuméfaction* profonde, mal circonscrite, siégeant dans la masse même des adducteurs ; mais cette tuméfaction ne diffère que peu de celle que présentent certaines hernies crurales, entre autres les variétés pectinéale et gimbernatique de cette hernie.

b. Dans les cas où la tuméfaction manque, dans ceux où elle laisse l'observateur dans le doute, la *douleur locale* peut donner d'utiles indications. Cette douleur à la pression s'observe surtout au niveau du pédicule de la hernie, vers la partie interne de l'anneau crural, dans la hernie crurale; au-dessous de la branche horizontale du pubis, vers l'orifice externe du canal sous-pubien, dans la hernie obturatrice. Il n'est pas toujours aisé, dans la pratique, d'arriver à constater avec cette précision le maximum de la douleur déterminée par les explorations.

c. La *recherche du pédicule de la hernie* par la palpation suffit, dans certains cas, à trancher la question. Si le doigt, suivant la branche horizontale du pubis depuis les vaisseaux fémoraux jusqu'à l'épine du pubis, ne rencontre pas ce pédicule, on peut être sûr qu'on n'a pas affaire à une hernie crurale ; mais la proximité de l'anneau crural et du canal sous-pubien peut, dans certains cas, induire en erreur. Ne voyons-nous pas, dans l'observation de M. Picqué, la palpation faire constater un engorgement douloureux vers l'anneau crural et donner la sensation de la corde épiploïque à ce niveau ?

d. Parmi les constatations physiques, celles fournies par l'*exploration du vagin* ont ici une importance toute particulière. L'orifice profond du canal sous-pubien est accessible par le toucher vaginal ; M. Picqué a pu sentir la corde constituée par l'épiploon

adhérent s'engager dans le trajet à ce niveau ; il a pu faire pénétrer par cette voie l'index dans le trou sous-pubien après la réduction, et c'est ce qui lui a permis d'établir le diagnostic après la réduction. D'autres auteurs, Löwenhardt, Starke, Lorinser, avaient déjà mis à profit ce genre d'examen, et l'on sait que Werner est arrivé à réduire une hernie obturatrice en exerçant par le vagin une traction sur le cordon engagé dans le canal sous-pubien.

e. Enfin le signe sur lequel on a surtout insisté dans ces derniers temps pour établir le diagnostic de la hernie obturatrice étranglée, le *signe de Romberg*, faisait ici défaut. On sait en quoi il consiste : le sujet ressent dans la cuisse, du côté malade, une douleur qui irradie à la partie interne jusqu'au genou, parfois jusqu'au pied. Cette douleur s'accompagne de fourmillements, d'obtusion de la sensibilité, de crampes dans la région des adducteurs. Ces phénomènes, dus à la compression du nerf obturateur par la hernie dans le canal sous-pubien, auraient une très grande valeur au point de vue du diagnostic s'ils s'observaient d'une façon constante dans l'étranglement des hernies obturatrices, et s'ils ne pouvaient se présenter en l'absence d'étranglement et même de hernie, sous l'influence de causes tout autres ; malheureusement le signe de Romberg peut manquer ou être pris en défaut, ainsi que l'a très bien fait voir Krönlein dans un récent travail, ainsi que l'observation de M. Picqué le prouve une fois de plus.

Tout en tenant compte de ces irrégularités dans l'apparition des symptômes pathognomoniques, il faut néanmoins convenir que l'étranglement des hernies obturatrices s'entoure d'un cortège de phénomènes grâce auxquels l'existence d'une hernie obturatrice ne saurait désormais guère être méconnue ou confondue avec d'autres hernies, et il faut savoir gré à M. Picqué d'être arrivé, quoique un peu tardivement, à constater la variété de hernie à laquelle il avait affaire, et d'avoir appelé l'attention sur l'un des modes d'exploration qui peuvent le mieux la faire reconnaître.

2° Il n'est pas de hernie dont l'étranglement ait été plus souvent méconnu que la hernie obturatrice ; cela tient non seulement au siège profond du déplacement intestinal, qui ne constitue pas toujours une tumeur appréciable à la vue ou à la palpation, mais à la forme atténuée et fruste sous laquelle se présentent, dans bon nombre de cas, les accidents.

Ainsi que M. Picqué le fait observer dans le travail que nous avons cité, et auquel il faut revenir sans cesse dans l'étude de la hernie obturatrice, ces accidents offrent un aspect, une intensité, une évolution variables, qui permettent de les répartir dans une des trois catégories que voici :

a. Tantôt ils sont peu marqués et passagers ; ils consistent alors

en quelques coliques, accompagnées de vomissements peu fréquents qui peuvent même faire défaut ; il s'y joint des tiraillements dans le ventre, une douleur fixe à la cuisse, un malaise général plus ou moins intense. Tous ces phénomènes, au bout de quelques heures, spontanément ou sous l'influence d'un changement de position, disparaissent tout d'un coup ; le malade se sent soulagé et, peu d'instants après, l'évacuation de gaz ou de matières par l'anus annonce la fin de cette crise passagère. Des accidents de cette espèce ont, en général, précédé de quelque temps l'étranglement véritable et définitif chez les sujets qui sont atteints d'une hernie obturatrice.

b. D'autres fois, les phénomènes sont plus graves ; ils présentent le tableau complet de l'étranglement herniaire ; mais sous l'influence de pressions, d'efforts de taxis, parfois presque spontanément, comme dans l'observation présente, lors de la première attaque qui conduisit la malade à l'infirmerie, tous les symptômes s'évanouissent, la tumeur elle-même a disparu, et tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce que survienne une nouvelle atteinte plus grave.

c. Enfin les accidents persistent et vont jusqu'à la terminaison fatale ; mais, dans ce cas même, une détente trompeuse peut s'observer, comme celle qui accompagne assez souvent l'apparition des lésions graves de l'intestin dans l'étranglement herniaire.

Ce qu'il faut bien savoir, c'est que ces trois ordres de faits, qui se succèdent parfois chez le même malade et dont la même hernie est successivement la cause, ainsi que l'observation de M. Picqué nous en donne un nouvel exemple, ne sont que des degrés d'un seul et même accident, d'un étranglement plus ou moins serré, mais relevant toujours de la constriction subie par l'anse intestinale dans le trajet herniaire.

Trop souvent on s'en laisse imposer par la résolution spontanée qui survient à la suite de ces crises ; on se persuade trop aisément qu'il ne s'agit que d'une poussée inflammatoire, d'une péritonite herniaire, peut-être d'un engouement passager atteignant une hernie peut-être adhérente ou irréductible depuis longtemps. Si l'autopsie justifie jusqu'à un certain point cette manière de voir, si elle a pu montrer, dans le cas qui nous occupe, que l'anse incarcérée renfermait des corps étrangers, qu'elle était enflammée, adhérente, elle permet d'affirmer que cette inflammation, que cet engouement, procédaient d'un étranglement véritable ou qu'ils y avaient abouti ; sur l'anse herniée, en effet, s'observaient les lésions caractéristiques de la constriction, le sillon permanent occupant le contour de la portion serrée, et des perforations intéressant le bout supérieur.

Considérant donc que les accidents qui se développent dans les

hernies obturatrices, quoique présentant souvent une forme atténuée et des symptômes peu tranchés, n'en conduisent pas moins au terme fatal de l'étranglement herniaire, l'on ne doit point hésiter, dès qu'on en a reconnu l'existence, à en rechercher directement la cause par une opération dont le but est tout à la fois de parer aux accidents existants et d'en prévenir le retour. L'indication est d'autant plus formelle que l'on manque de tout moyen de contention qui puisse s'opposer à l'issue de l'intestin dans la hernie, qu'aucun bandage ne peut maintenir réduite une hernie obturatrice d'une manière suffisante, et que si l'on ne se décide pas à supprimer la hernie en pratiquant la cure radicale, on ne peut rien pour prévenir un nouvel étranglement, alors même que celui qu'on avait à combattre viendrait à céder au taxis.

Ainsi toute hernie obturatrice doit être traitée par l'*opération*, qu'il s'agisse de combattre l'étranglement dont elle est le siège ou de mettre le malade à l'abri d'un étranglement qui n'existe pas, mais dont il est à chaque instant menacé.

Jusqu'à présent, les chirurgiens qui ont eu affaire à des hernies obturatrices n'ont guère considéré que la première de ces indications. Seul, le premier d'entre eux, Malaval, cité par Garangeot dans son remarquable mémoire à l'Académie royale de chirurgie, eut l'idée, il y a plus de cent cinquante ans, d'appliquer la cure radicale à une hernie obturatrice qui n'était pas étranglée, et, avec le concours d'Arnaud, sut mener à bien cette entreprise qu'aucun chirurgien n'a plus tentée depuis lors.

L'opération des hernies obturatrices étranglées a jusqu'ici presque toujours été pratiquée par l'*incision directe de la tumeur inguinale*. Dans trois ou quatre cas, par le fait d'une erreur qui avait fait croire à l'existence d'un étranglement interne, la *laparotomie* fit reconnaître le siège de la constriction à laquelle on s'efforça, d'ailleurs sans succès, de porter remède par cette voie. Tous les malades opérés par cette voie ont succombé.

Ces exemples peu encourageants n'ont pas empêché un gynécologiste, très connu par son habileté et ses succès dans les grandes opérations qui se pratiquent sur le ventre, de proposer récemment la substitution de la section abdominale à l'incision directe de la tumeur dans l'opération de la hernie étranglée et dans celle de la cure radicale.

M. Lawson Tait, qui, dans sa pratique, a, paraît-il, acquis « a wide and varied experience of hernias » une expérience aussi vaste que variée des hernies étranglées et non étranglées, a dans ce champ jusqu'à présent peu connu de son activité obtenu des succès que n'égaleront jamais aucun des chirurgiens présents, passés, futurs, car de ses nombreux opérés il n'a jamais perdu que deux.

Pour lui, les notions anatomiques appliquées aux hernies ne sont pas seulement inutiles, elles sont nuisibles (not only wholly useless, they are mischievous). Toutes les méthodes actuelles pour lever l'étranglement, lorsque celui-ci résiste au taxis, pêchent par la base ; toutes celles qui ont pour but la cure radicale des hernies réductibles sont insuffisantes ou trop compliquées. La laparotomie seule doit désormais suffire à l'exécution de toutes les opérations qui rentrent dans ces deux catégories. M. Tait propose de l'appliquer (je cite textuellement) à tous les cas dans lesquels l'opération est requise soit pour lever un étranglement, soit pour pratiquer la cure radicale[1].

Nous ne mentionnerions même pas cette étrange prétention que la plupart des chirurgiens présents à la communication de M. Tait n'ont pu laisser passer sans protestations, si l'un d'eux, M. Greig-Smith, tout en reconnaissant que la section abdominale ne pouvait être adoptée dans l'opération des hernies ordinaires, inguinales et crurales, n'avait admis qu'elle constituait la voie la plus favorable pour arriver à la levée de l'étranglement et à la cure des hernies obturatrices. Cet auteur mentionne un cas de hernie obturatrice dans lequel il aurait eu recours à la laparotomie, mais sans indiquer le résultat ; son affirmation ne saurait, il nous semble, prévaloir contre les chiffres réunis par Auerbach et par Englisch[2]; sur 25 cas traités par l'incision fémorale, il y a eu 11 guérisons et 14 morts ; 3 cas traités par la laparotomie se sont tous les trois terminés par la mort.

Si l'on songe aux dangers qu'il y aurait à faire rentrer dans le ventre, par une traction exercée de l'intérieur, une anse intestinale dont on ignore le degré d'altération et la solidité ; à laisser refluer dans la cavité abdominale les liquides contenus dans le sac et dont les recherches récentes nous ont fait connaître les altérations septiques précoces ; à la difficulté, à l'impossibilité même de pratiquer l'extirpation du sac et une bonne oblitération du trajet herniaire par la suture en se servant de cette voie, on restera convaincu que c'est à l'opération par la méthode ancienne, à l'incision directe de la tumeur au niveau de la partie supérieure de la cuisse, qu'il faut avoir recours dans tous les cas où le diagnostic de hernie obturatrice étranglée a pu être posé avec certitude.

L'examen anatomique de la hernie observée par M. le Dr Picqué, nous donne des renseignements précieux sur la manière dont cette opération doit être conduite. On sait que la hernie obturatrice suit un trajet et affecte des rapports variables suivant les cas, et

[1] *The British med. Journal*, 26 septembre 1891, t. II, p. 685 et suiv.

[2] Duplay et Reclus, *Traité de chirurgie*, t. VI, p. 810.

que ces différences anatomiques permettent de distingner un certain nombre de variétés anatomiques, que Roman Fischer et tout dernièrement M. Picqué on cherché à déterminer avec précision. La plus commune de ces variétés anatomiques est celle dont l'observation présente nous offre un exemple et dans lequel la hernie, traversant le canal sous-pubien dans toute sa longueur, se dégage sous le muscle pectiné.

Pour arriver à la hernie, dans les cas de ce genre, il faut, après avoir ouvert la voie par une incision suffisante, détacher le muscle pectiné de ses insertions supérieures, ce qui permet de découvrir le sac herniaire. Mais dans quel sens faut-il faire le débridement?

L'observation de M. Picqué confirme ce que nous savons sur la situation qu'occupent les vaisseaux et le nerf obturateurs dans les hernies de cette variété; ces organes, qui sont normalement situés à la partie supérieure et externe du canal sous-pubien, étaient placés au côté externe du collet du sac; il semblerait donc qu'on pût sans danger débrider en dedans et en bas dans les cas de ce genre. Mais un examen plus complet montra que l'artère obturatrice se bifurquait dans le canal sous-pubien et qu'une de ses branches de division entourait la partie postérieure et inférieure du collet, si bien que le débridement, pratiqué comme nous venons de le dire, eût exposé le chirurgien à la blesser. Ce fait n'est pas une exception; dans un grand nombre de cas on a noté que la bifurcation de l'artère obturatrice embrassait le collet du sac. Aussi, pour éviter la lésion de troncs artériels dont on ne peut prévoir avec certitude la situation exacte, nous semble-t-il qu'il faut proscrire les débridements cachés; qu'il faut, par des incisions extérieures suffisantes, se donner tout le jour nécessaire pour voir les parties que l'on sectionne, et que, si la profondeur de l'orifice du canal sous-pubien ne permet pas d'agir de la sorte, on doit se borner à entamer très légèrement vers les parties inférieures le contour fibreux duquel dépend l'étranglement; puis qu'au moyen d'un crochet mousse qu'on glisse à la faveur de ce débridement très ménagé, on doit chercher à dilater l'agent de l'étranglement assez pour permettre la réduction de l'intestin.

J'aurais pu citer bien des faits et donner un bon nombre d'indications bibliographiques à l'appui des quelques remarques que m'a suggérées la très intéressante communication de M. le Dr Picqué, mais tous les documents qui touchent à la question sont exposés ou mentionnés dans le mémoire que MM. Picqué et Poirier publient dans la *Revue de Chirurgie*, et dans le récent article que j'ai fait paraître dans le *Traité de Chirurgie* de MM. Duplay et Reclus.

Je me borne donc à résumer en quelques propositions les conclu-

sions principales qui résultent de l'observation de M. Picqué et des remarques qu'elle m'a suggérées :

Quoique difficile, le diagnostic de la hernie obturatrice peut le plus souvent être fait, lorsqu'aux données résultant de l'examen de la tuméfaction, de l'exploration de la sensibilité locale, au signe de Romberg, on ajoute les constatations fournies par le toucher vaginal.

Les accidents, même passagers, qui marquent l'évolution d'une hernie obturatrice, doivent tous être considérés comme des degrés plus ou moins intenses de l'étranglement et traités comme tels.

Toute hernie obturatrice reconnue sera traitée par l'opération pratiquée le plus tôt possible, qu'il s'agisse de lever un étranglement dont elle est le siège ou de prévenir l'explosion d'accidents futurs en pratiquant la cure radicale.

L'opération doit toujours être pratiquée par une incision aussi large que le cas l'exige, faite au niveau de la tuméfaction siégeant à la racine de la cuisse; le débridement, en particulier, doit autant que possible être fait à découvert, afin d'éviter la blessure des branches de bifurcation de l'artère obturatrice.

Discussion.

M. Routier. Il y a deux ans je fus appelé à la Pitié, dans le service de M. Polaillon, pour un homme de 70 ans qui présentait des symptômes d'étranglement interne. On ne trouvait pas de hernie au niveau des orifices. Par la palpation, il me sembla sentir à droite un peu d'empâtement profond, avec une certaine sensibilité, et j'émis par hasard l'opinion qu'il pouvait y avoir là une hernie obturatrice.

Je fis la laparotomie, et je trouvai une anse d'intestin longue de 20 centimètres, serrée par un collet dont je pratiquai le débridement. Chemin faisant, je perforai une grosse veine et j'en fis la ligature; puis, j'examinai la région pour voir où était le sac. Il n'y avait rien au niveau de l'orifice inguinal interne; la hernie était plus bas et collée contre le muscle obturateur. La réduction faite, le malade alla bien d'abord, puis il mourut de pneumonie le quatrième jour.

Peut-être ai-je eu affaire à une hernie propéritonéale; comme on ne put faire l'autopsie, c'est seulement mon examen au cours de l'opération qui m'a fait supposer que la hernie était obturatrice.

Je rapprocherai de ce cas une malade que j'opérai pendant le dernier Congrès de chirurgie, dans le service de M. Péan. Il s'agit d'une femme chez qui la réduction supposée d'une hernie laissait persister des accidents graves; je fis la laparotomie, et je fus

conduit par une corde épiploïque jusqu'à l'anneau crural où s'engageait une anse d'intestin non réduite. C'était la première fois qu'il m'arrivait de réduire une hernie crurale par la laparotomie.

M. Berger. Je ne crois pas que, chez le premier de ces deux malades, il s'agisse d'une hernie obturatrice. Il y a des hernies propéritonéales de différentes variétés; il y en a qui se rapprochent beaucoup de la région obturatrice ; celle de M. Routier serait dans ce cas, et mériterait le nom de « hernie ovalaire propéritonéale ».

Sur la deuxième observation de notre collègue, je dirai qu'il est arrivé à plusieurs chirurgiens, notamment à M. Terrier, en l'absence d'un diagnostic précis, d'opérer par la laparotomie des hernies crurales. Mais ce sont là des cas exceptionnels, et il y aurait abus à recourir trop vite à l'ouverture du ventre en présence d'une hernie douteuse.

Présentation de malades.

1° *Abcès froid costal traité par la méthode de Lannelongue.*

M. Prengrueber présente une malade atteinte d'une tuberculose pulmonaire avancée, et qu'il a guérie d'une tuberculose locale, grâce à la méthode de Lannelongue.

Il s'agit d'une femme de 29 ans, ayant des antécédents tuberculeux, qui depuis quelques années est atteinte de bronchite, de crachements de sang, sueurs nocturnes, etc. A l'heure actuelle, les signes locaux comme les signes généraux ne permettent pas d'hésiter sur le diagnostic de tuberculose des deux poumons.

Il y a trois mois, s'est développée au niveau de la quatrième côte droite une tuméfaction qui l'engagea à entrer à l'hopital. Cette tumeur n'était autre qu'un abcès froid tuberculeux, du volume d'une orange, que M. Prengrueber traita de la manière suivante le 30 novembre dernier.

La poche fut incisée, lavée avec soin, mais sans grattage, sans résection osseuse, comme s'il s'était agi d'un simple abcès chaud. Puis cela fait, les quatre points cardinaux de la tumeur reçurent une injection de deux gouttes de chlorure de zinc au dixième.

Malgré l'état général mauvais de la malade, malgré l'absence de toute intervention chirurgicale active, cet abcès guérit à la manière des abcès chauds. Au bout de quinze jours, la cicatrisation était complète, et au bout de trois semaines la malade quittait l'hôpital.

Il va sans dire que l'état pulmonaire n'a pas été modifié, mais la

malade, débarrassée de ce foyer tuberculeux, de la suppuration et des douleurs qui en étaient la conséquence, a vu son état général s'amender sensiblement.

2° *Subluxation congénitale du genou en avant.*

M. Kirmisson présente une petite fille de 7 mois, atteinte de cette difformité qui a été décrite d'abord par M. Guéniot devant la Société de chirurgie, puis par M. Hibon dans sa thèse, sous le nom de luxation congénitale du tibia en avant, et à laquelle Volkmann a donné le nom de genu recurvatum. Au moment où l'enfant a été vue pour la première fois, à l'âge de 24 jours, elle présentait une flexion de la jambe sur la cuisse, dont l'angle était ouvert en avant; il était impossible de ramener le membre dans l'extension complète, encore moins de lui imprimer un mouvement de flexion normale. L'enfant était d'ailleurs dans un état excessivement grave, aujourd'hui l'état général s'est beaucoup amélioré; l'enfant s'est bien développée, mais l'état local ne s'est guère modifié; la jambe est toujours dans l'hyperextension sur la cuisse, tout mouvement de flexion est impossible.

On ne perçoit point la rotule au milieu des plis transversaux qui existent au devant de l'articulation. Dans le creux poplité, on sent la saillie formée par le bord postérieur des condyles fémoraux.

On sait que, dans la plupart des exemples de cette malformation qui ont été observés jusqu'ici, la réduction a été facilement obtenue. Très exceptionnellement la réduction a été impossible; aussi la rareté du fait m'a-t-elle engagé à présenter l'enfant à la Société de chirurgie. Dans un cas de cette nature, où la réduction ne pouvait être obtenue, M. Phocas (de Lille) a pratiqué l'ostéoclasie manuelle de l'extrémité inférieure du fémur. Peut-être cet exemple pourrait-il être imité?

3° *Tumeur du périnée.*

M. Schwartz présente une pièce de tumeur du périnée développée probablement dans la glande de Cooper du côté gauche.

Cette tumeur, qui est un sarcome, s'était développée dans l'espace de deux mois avec une marche quasi inflammatoire, chez un jeune homme de seize ans.

La tumeur s'était moulée sur les creux ischio-rectaux, sur le rectum qu'elle entourait en avant; en haut, sur le bulbe qu'elle avait envahi en entier, et que je fus obligé d'extirper. Elle s'enfonçait en haut dans l'espace situé entre l'urèthre et le corps caverneux du côté gauche.

Le malade, opéré il y a huit jours, va très bien.
L'observation sera publiée ultérieurement.

Élections.

Commission des membres correspondants nationaux.

MM.	Marc Sée	18 voix.
	Peyrot	17 —
	Berger	16 —
	Championnière	16 —

Commission des membres correspondants étrangers.

MM.	Quénu	11 voix.
	Kirmisson	10 —
	Pozzi	10 —
	Désormeaux	6 —

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 9 décembre 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Gérard-Marchant demandant un congé d'un mois pour cause de maladie;

3° *Étude expérimentale et clinique sur la pathogénie des affections de la conjonctive au point de vue bactériologique*, par M. Chibrat (de Clermont-Ferrand);

4° *Observation de kyste synovial de l'annulaire; extirpation; guérison;* par M. Linon, médecin-major (M. Bazy, rapporteur).

Erratum.

M. Paul Segond. Je désire faire une courte observation à propos d'une erreur de date commise très involontairement, sans doute, par notre collègue, M. Terrillon, dans la première phrase de sa communication du 18 octobre 1891, sur le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale. « Lorsque notre collègue Segond, nous dit M. Terrillon, fit *au mois de mai* de cette année une communication sur l'ablation de l'utérus pour les suppurations pelviennes, opération proposée par M. Péan, j'avais *déjà* pratiqué plusieurs opérations de ce genre dont je donnai le résumé. *Déjà* j'avais essayé de donner mon opinion sur la valeur de cette opération et sur ses indications [1]. »

Or, je tiens à faire observer que ma communication date, non pas du mois de mai, mais du 25 février. Je sais bien que ce même jour, et à la suite de ma communication, M. Terrillon a présenté un utérus entier et, par conséquent, *non morcellé*, qu'il venait d'enlever en totalité par la voie vaginale pour traiter une double salpingite [2].

Je n'ignore pas davantage que, dans la séance du 11 mars 1891, M. Terrillon a communiqué le résultat de quatre observations dont la plus ancienne datait du 5 février 1891 [3], et lorsque j'ai résumé la discussion, le 25 mars [4], j'ai pris soin de spécifier combien la conversion précoce de M. Terrillon était précieuse pour l'opération nouvelle. Mais pour donner aux textes leur véritable signification, il ne me paraît pas moins indispensable de rectifier la petite erreur de date qui motive cette réclamation, et je ne doute pas que notre collègue, M. Terrillon, n'en convienne avec sa bonne grâce et sa droiture habituelles.

En réalité, lorsque je me suis fait inscrire, fin janvier, pour vous communiquer le résultat de mes 23 premières hystérectomies, M. Terrillon lui-même n'avait pas encore essayé l'opération et je possédais seul les documents voulus pour aborder la discussion.

Quand on n'a pas une immense fortune on tient beaucoup à ses

[1] *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 606.
[2] *Ibid.*, p. 177.
[3] *Ibid.*, p. 196.
[4] *Ibid.*, p. 238.

deniers et, pour ma part, j'avoue que je suis très jaloux de ma priorité relativement à la vulgarisation de l'opération de Péan dans le traitement des suppurations pelviennes.

Suite de la discussion sur la cure radicale des varices contre les ulcères variqueux.

M. Felizet, à l'occasion du procès-verbal, fait remarquer que le chirurgien ne doit recourir à une intervention armée, comme dans le cas de M. Cerné (de Rouen), que lorsque les moyens de douceur ont échoué, moyens qui consistent dans le repos, la compression, les pansements antiseptiques et propres.

Quand le mal a résisté pendant longtemps à ces moyens et que la guérison en semble impossible, c'est alors qu'on peut recourir à un procédé qu'il a vu Dolbeau pratiquer une soixantaine de fois et qu'il a lui-même pratiqué plus de cent fois, l'*incision circonférentielle*.

Quand on étudie la physiologie pathologique, la marche et la cause de la persistance des ulcères variqueux, on s'aperçoit que le mal est entretenu par un groupe de conditions pathologiques, qui constituent chacune une des indications de la cure.

Or, l'excision des varices ne répond qu'à une de ces indications.

L'incision circonférentielle de Dolbeau répond à peu près à toutes.

Voici ces indications :

1° L'incision circonférentielle supprime la pression veineuse. On voit à sa suite, en peu de jours, le gros paquet veineux se rétracter et dans quelques cas disparaître;

2° L'incision circonférentielle libère mécaniquement le pourtour de l'ulcère périphériquement retenu, et amène, avec un retrait des bords, une diminution de surface considérable, d'où le nom d' « incision libératrice » que Dolbeau lui donnait quelquefois;

3° L'incision circonférentielle constitue une sorte de saignée locale, favorable au dégonflement de la région;

4° L'incision libératrice, par l'irritation traumatique qu'elle provoque, est un agent de guérison du phlegmon chronique;

5° L'incision circonférentielle agit aussi et surtout en modifiant les conditions de l'existence de l'ulcère, elle lui permet de ne vivre qu'aux dépens de la circulation profonde, et la conséquence de ce changement dans le sens de la circulation est souvent l'effacement de productions périostales, si fréquentes, dont le tissu est résorbé.

A ce titre, l'opération de Dolbeau représente le traitement le plus raisonnable et le plus efficace que le chirurgien puisse appliquer aux ulcères variqueux rebelles.

On peut ajouter que pendant le cours de ce traitement, le malade bénéficie de conditions de vie favorables, telles que le repos, la vie réglée, l'absence de misère et la propreté.

Après les observations de M. Championnet et suivants, M. Felizet ajoute :

« J'ai vu l'an dernier, un malade opéré par M. Dolbeau en 1868, d'un vaste ulcère qui avait guéri.

« J'ai, de mon côté, des malades définitivement guéris depuis huit et dix ans.

« Tous ne guérissent pas, cependant, car il ne faut pas oublier qu'il y a dans la production des ulcères variqueux deux éléments qui relèvent du traitement médical, à savoir : l'arthritisme et l'alcoolisme.

« C'est même à cause de l'influence prépondérante de l'alcoolisme que nous observons des ulcères variqueux si fréquemment dans les classes misérables des services hospitaliers, et plus rarement, chez les personnes de notre clientèle. »

M. Paul Reynier. Messieurs, Je n'assistais pas à l'avant-dernière séance, lorsque M. Quénu a lu son rapport sur le travail de M. Cerné, touchant la cure radicale des varices. Je l'ai regretté, car j'aurais appuyé les conclusions de M. Quénu, qui réserve cette opération à quelques cas spéciaux.

J'ai pratiqué moi-même un certain nombre de fois l'opération de Trendelenburg, la résection à ciel ouvert d'une portion de la veine saphène. Les derniers cas que j'ai opérés sont encore trop récents pour que j'y fasse allusion ; je ne citerai ici que trois malades, un que j'ai opéré il y a bientôt quatre ans, et deux autres au commencement de cette année.

Le premier de ces malades avait un ulcère étendu. Je lui fis la résection d'un paquet de varices situé au côté interne du genou au-dessus du condyle interne. Je n'ai pas remarqué que l'ulcère, pansé avec l'iodoforme, puis le vin aromatique, ait été plus vite que chez d'autres malades. Mais il m'a semblé que les varices, lorsque le malade s'est levé, avaient diminué, et surtout étaient moins gênantes ; le malade, revu quelques mois après, trouvait que la marche était plus facile, et accusait lui-même un mieux notable.

La seconde malade était une infirmière de mon service que j'ai opérée cette année-ci, à Tenon ; elle avait des varices de la jambe droite, consécutives à une grossesse. Malgré le port d'un bas élas-

tique, elle me demanda à entrer dans ma salle pour se reposer. Son service la fatiguait beaucoup. Je lui fis, après avoir élevé la jambe pour chasser le sang des veines, ainsi que le recommande Trendelenburg, la résection d'un long bout de sa veine saphène au-dessus du genou. La malade a été revue quatre mois après; elle avait repris son service, et, malgré le début d'une grossesse, elle se trouvait très améliorée. Les varices étaient très diminuées, et, avec le bas élastique, elle pouvait vaquer à ses occupations sans éprouver la fatigue qui avait nécessité son repos quelques mois auparavant, malgré le port du bas élastique.

Enfin, j'ai fait cette année-ci, sur un homme de 30 ans ayant un petit ulcère variqueux, la résection à la jambe droite de la veine saphène variqueuse au-dessus du genou; l'ulcère, qui était petit, a guéri vite; mais je ne saurais encore dire qu'il a guéri plus vite que si je m'étais contenté de faire garder le repos au lit avec un pansement.

Mais ce malade, lorsqu'il se leva, éprouva encore un mieux notable; ses varices ne le fatiguaient plus comme avant; il marchait mieux, et, revu trois mois après, il reconnaissait lui-même avoir éprouvé un bénéfice de l'opération.

En résumé, l'excision et la résection d'une partie de la veine saphène, si elle ne me paraît pas accélérer d'une façon manifeste, comme le dit M. Cerné, la cicatrisation des ulcères, me semble toutefois améliorer l'état du malade. Cette amélioration semble durer si le malade continue à porter un bas à varices.

C'est donc une opération recommandable dans quelques cas bien déterminés; mais on ne saurait la regarder comme une cure radicale des varices. Je repousse donc ce nom donné à l'opération, nom qui n'est pas approprié et pourrait induire en erreur.

M. Championnière. Il y a longtemps que je suis partisan des opérations contre les varices; mon opinion n'a pas changé. Je n'ai pas pratiqué de résection sur le trajet des veines variqueuses, bien que je les croie bonnes; j'ai fait seulement des ligatures sur les grosses veines saillantes, et j'ai eu de très bons résultats que j'ai communiqués jadis à la Société de chirurgie, mais qui n'ont pas été accueillis avec grande faveur.

J'ai entre autres une observation curieuse : un homme, opéré en 1875 par des ligatures multiples en étages, a si bien guéri par l'oblitération de ses veines qu'il est resté dix ans sans ulcère. Il a récidivé pour la première fois en 1885; après trois ou quatre mois, il a fini par me retrouver; je lui ai fait une nouvelle opération sur d'autres veines développées à leur tour; il a guéri encore, et finalement il a disparu. C'est là un type remarquable de variqueux

atteint d'ulcère rebelle, que divers traitements avaient « blanchi » sans arriver à une guérison durable, et qui, après l'opération, est resté dix ans sans récidive. Je possède un certain nombre d'observations analogues, où j'ai pu obtenir une guérison des varices sinon radicale, puisque l'intervention est toujours partielle, du moins très satisfaisante, et toujours d'excellents résultats quant à la cicatrisation des ulcères.

M. Schwartz. J'ai revu tout récemment un de mes opérés du mois d'avril 1891, à qui j'ai fait quatre ligatures de la saphène interne avec résection du tronc veineux entre les ligatures. Il est entré dans mon service pour une tout autre cause, et j'ai pu constater que le résultat est toujours très satisfaisant, car ses varices ont notablement diminué, et il n'en souffre plus.

M. Félizet. La locution « cure radicale » ne me paraît pas convenir ; nous ne pouvons prétendre à la guérison radicale des varices et des ulcères variqueux, car il y a derrière ces lésions l'état constitutionnel, c'est-à-dire l'arthritisme, doublé ordinairement d'alcoolisme invétéré. Il faut donc aussi penser au traitement médical, régime, abstinence, etc. Si le malade de M. Championnière a été très longtemps guéri, nous en voyons beaucoup, d'autre part, qui, toujours arthritiques et non moins alcooliques après la cure de l'ulcère, sont restés variqueux malgré sa disparition.

M. Quénu. M. Félizet a touché certains points de la pathogénie des ulcères. L'arthritisme et l'alcoolisme, sans doute je ne les nie pas, mais je doute qu'ils aient une part prépondérante dans la formation d'un ulcère variqueux. L'arthritisme n'est pas le privilège des classes pauvres, et cependant l'ulcère est exceptionnel chez les malades riches ; l'alcoolisme n'existe guère chez les femmes et les jeunes filles, où cependant on voit des ulcères variqueux. Ces deux états sont donc pour moi des coopérateurs, mais non des facteurs principaux.

Nous sommes tous à peu près d'accord, aujourd'hui, sur l'utilité de l'opération. La difficulté est de savoir dans quel cas il faut opérer. Je me suis élevé contre l'opinion de M. Cerné, qui généralise beaucoup trop, selon moi, le traitement chirurgical des ulcères variqueux. Il y en a au moins tout une classe à mettre à part, celle des ulcères multiples, subaigus, à développement rapide, qui surviennent à la suite de véritables éruptions d'ecthyma. J'ai vu ceux-là récidiver promptement ; Tobold et Lebrun, que j'ai cités, ont aussi constaté la récidive dans les mêmes cas. Il faut donc réserver l'opération aux ulcères à marche chronique, isolés ou en très petit nombre, et encore, dans cette caté-

gorie, il faut chercher à démêler les cas favorables; c'est là le point délicat.

Il est intéressant, d'autre part, de rapporter des faits où la guérison est déjà ancienne; tels sont les résultats annoncés par Tobold et Lebrun. Ces cures sans récidives s'observent aussi après divers traitements sans opérations; il faudrait donc établir qu'elles sont plus fréquentes après l'intervention chirurgicale. Jusque-là, nous devons réserver notre jugement.

M. Kirmisson. Il m'a semblé, comme à M. Félizet, que l'arthritisme et l'alcoolisme jouaient un grand rôle daus la pathogénie des ulcères variqueux. Presque tous les malades que j'ai vu en grand nombre quand je faisais la consultation du Bureau central, étaient dans ce cas. Mais je dois dire que je n'ai pas toujours trouvé ces troubles de la sensibilité qui ont fait l'objet des travaux de M. Terrier sur les ulcères des vieillards de Bicêtre, et que ces troubles ne m'ont pas paru assez constants pour servir de base à une étude pathologique.

M. Quénu a parlé des ulcères qui se forment chez les jeunes sujets. Mes observations me portent à les attribuer souvent à la syphilis congénitale; j'ai vu nombre de cas où cette influence a été démontrée par le succès du traitement spécifique.

M. Verneuil. Je me garderai bien de contester le rôle de l'arthritisme, ayant fait faire une thèse, il y a vingt-cinq ans, sur les relations qui existent entre les varices et l'état constitutionnel connu sous ce nom. C'est là une doctrine qui n'est plus contestée aujourd'hui. Mais il faut tenir compte surtout de l'association de causes diverses : à coup sûr l'arthritisme et l'alcoolisme exercent leur influence, mais ils ne sont pas seuls; on voit les ulcères variqueux survenir chez des femmes jeunes, avant toute grossesse, et parfois dans des conditions d'hérédité manifestes. C'est qu'une troisième cause capitale intervient, qui nous est révélée par les succès de l'iodure de potassium annoncés de temps à autre contre les ulcères de jambe : je veux parler de l'hybridité syphilitico-variqueuse, qu'on rencontre surtout dans les basses classes, et qui cède merveilleusement à l'iodure. C'est alors qu'on voit des guérisons rapides et durables, et cela sans opérations, bien que je ne rejette pas ces dernières en principe.

En résumé, il ne faut pas oublier, dans la pathogénie des ulcères variqueux, d'une part la syphilis, d'autre part l'artério-sclérose, dont les effets se font sentir non seulement chez les alcooliques, mais aussi chez les cardiaques.

En ce qui concerne le traitement, il y a une opération qui fait de temps en temps sa réapparition, c'est l'incision voisine des bords

de l'ulcère; mais je ne crois guère à ses bons résultats, les malades reviennent au bout de six mois aussi malades qu'avant. Quant au régime, si nous n'avions que la sobriété à opposer aux ulcères de jambe, je crois que nous n'irions pas très loin.

M. Berger. La présente discussion a pour objet le traitement des ulcères variqueux. Or, je crois qu'on a confondu des ulcères de différentes variétés. Ainsi, M. Quénu a parlé de ceux qui surviennent à la suite de l'ecthyma, chez les jeunes sujets. J'ai vu beaucoup d'ulcères chez ces derniers, ils sont justiciables d'une thérapeutique toute différente, et je les distingue absolument des ulcères variqueux. Il y en a qui relèvent de la syphilis congénitale ou acquise, et à cet égard, je ferai remarquer que mon maître Gosselin avait nettement signalé les caractères des ulcères de jambe syphilitiques, leur nombre, leur forme arrondie, leur siège sur la face externe du membre aussi bien que sur sa face interne. Il y en a d'autres qui surviennent à une certaine période de la vie chez des lymphatiques, des sujets présentant des troubles trophiques variés, et dont la cause est difficile à déterminer; à cette classe, que j'ai étudiée dans ces derniers temps, j'applique avec succès les méthodes autoplastiques.

J'insiste sur la distinction qu'il faut faire entre les variétés susdites et les ulcères variqueux. A ces derniers seuls convient la ligature des veines; je les ai vu aussi traiter chez Dolbeau, et je les ai traités moi-même par l'incision circonférentielle, qui donne de très bons résultats, des cicatrisations complètes et rapides, mais à la condition d'être bien faite, c'est-à-dire profonde et intéressant les gros troncs veineux.

M. Quénu. Je répondrai à M. Verneuil qu'on ne doit pas confondre les varices et les ulcères variqueux. Que les varices relèvent de l'arthritisme, c'est fort bien; mais que cette diathèse ait une influence sur la production de l'ulcère variqueux, voilà ce qui me paraît contestable.

M. Kirmisson traite bien sommairement l'influence du système nerveux, parce qu'il n'a pas trouvé constamment les troubles de la sensibilité; mais il peut y avoir des lésions nerveuses sans les troubles en question. J'ai supposé, dans mon rapport, que le système nerveux agit surtout par une paralysie vaso-motrice, d'où résulte l'œdème; cela n'entraîne pas forcément de modification dans la sensibilité.

Pour les ulcères observés chez les jeunes sujets, je n'ai nullement confondu les syphilitiques avec les variqueux; j'ai porté le diagnostic « ulcères variqueux » chez des adolescents de 16 à 17 ans, parce qu'ils avaient manifestement des varices. Que la sy-

phylis héréditaire intervienne quelquefois pour favoriser la production de l'ulcère, je le veux bien ; mais quand j'observe les caractères ordinaires de l'ulcère variqueux sur une jambe pourvue de varices, je donne à mon malade l'étiquette de variqueux.

M. Berger me reproche d'avoir parlé d'une variété spéciale d'ulcères multiples survenus après des poussées d'ecthyma. Mais il s'agissait de variqueux, et leurs ulcères avaient pour cause les varices. Ce sont des malades qui ont des éruptions variées sous l'influence de la dilatation veineuse. Je n'ai donc pas fait de confusion.

La difficulté, je le répète, n'est pas de distinguer les ulcères variqueux de ceux qui ne le sont pas, mais d'établir parmi les ulcères variqueux une classification qui nous serve à choisir le meilleur mode de traitement.

M. Championnière. Je ne comprends pas où on veut en venir en parlant de syphilis, d'éruptions cutanées, de troubles trophiques divers à propos de la pathogénie des ulcères variqueux. Nous ne traitons pas en ce moment des « ulcères de jambe » en général. Il y en a de toutes natures, il y en a sans varices ni syphilis ; mais cela n'a pas trait à l'influence des opérations que nous discutons en ce moment. Pour mon compte, je n'ai jamais supprimé l'alcoolisme chez mes malades variqueux, mais j'ai supprimé leurs varices. Des malades chez qui tous les moyens avaient échoué ont été guéris pour de longues années par la ligature des veines, sans que leur état général ait été modifié. Voilà ce qui plaide en faveur de l'intervention.

M. Reynier. Je suis d'accord avec M. Quénu sur l'influence du système nerveux. Presque tous ces malades sont arthritiques et alcooliques, mais c'est par l'intermédiaire du système nerveux, dont l'action trophique est profondément altérée par la diathèse, que l'ulcère se produit. J'ai des observations nombreuses qui viennent à l'appui de cette idée : ce sont des malades qui, outre leurs ulcères, ont des troubles trophiques variés, arthrites sèches, éruptions cutanées, déformation des ongles, épaississement de l'épiderme ; de plus, leurs réflexes sont presque toujours modifiés.

M. Moty. Les varices sont très fréquentes dans les Vosges, parmi les ouvriers des fabriques, dont la moitié environ est atteinte. Ce fait semble indiquer que la cause nerveuse vient en seconde ligne, et que la principale est une cause mécanique, la station debout. Selon moi, les troubles nerveux seraient consécutifs, et tiendraient l'ulcère sous leur dépendance.

M. Terrier. Je répondrai quelques mots à M. Kirmisson. Quand j'ai étudié, chez les vieillards de Bicêtre, les troubles sensitifs consécutifs aux ulcères de jambe, je me suis trouvé dans des conditions où toutes les causes possibles étaient réunies : arthritisme, alcoolisme, varices anciennes, maladie invétérée. De ces états complexes résultaient naturellement des troubles de la sensibilité, et particulièrement de la sensibilité thermique. Quand on a, plus tard, examiné les lésions anatomiques, on a trouvé des névrites ascendantes. J'ai constaté les mêmes troubles, à la Salpêtrière, à la suite de brûlures, et M. Charcot les attribuait à des névrites secondaires; chez un brûlé, il y avait jusqu'à des altérations de la moelle. Donc, ces troubles et ces lésions paraissent tenir à l'ancienneté de la maladie, à sa complexité. Je crois qu'il ne faut pas nous payer de mots en parlant de station debout, de stase veineuse, d'arthritisme, de misère physiologique, etc. Tout ce que j'affirme, c'est que dans les vieux ulcères de jambe, il y a des troubles de la sensibilité en rapport avec des lésions nerveuses.

M. Kirmisson. Je remercie M. Terrier de ses explications, qui semblent indiquer que nous envisageons la question au même point de vue. Nous discutions la cause originelle de l'ulcère, et j'ai émis l'opinion que la lésion nerveuse n'était pas ordinairement cette cause; il m'avait semblé que ces troubles nerveux étaient consécutifs, au même titre que l'épaississement du périoste, l'état éléphantiasique du tissu cellulaire, etc.

M. Quénu. Dès l'année 1881, j'ai été au-devant des objections de M. Kirmisson. Comme une altération nerveuse constatée au voisinage de l'ulcère peut être aussi bien secondaire que primitive, j'ai cherché à distance, sur le tronc du sciatique, à sa partie moyenne, et même au niveau de l'échancrure sciatique. J'ai trouvé tout en haut des lésions qui n'existaient pas à la partie moyenne ou inférieure, et qui par suite ne pouvaient être des lésions ascendantes.

Présentation de malade.

Ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure guéri par l'autoplastie italienne.

Par M. Paul Berger.

Il s'agit d'une petite fille dont toute la partie inférieure de la face avait été absolument déformée par une brûlure. La lèvre inférieure était renversée au point que le bord de sa muqueuse

venait se fixer au menton; la malade ne pouvait fermer la bouche ni retenir sa salive; l'articulation des mots était très gênée.

Je libérai le bord libre de la lèvre par une incision courbe suivant le bord de la muqueuse, et se rattachant sur les parties latérales à deux incisions verticales donnant à l'incision totale la forme d'un M majuscule. La muqueuse labiale fut ainsi détachée du menton et relevée avec tout ce que je pus retrouver des faisceaux de l'orbiculaire des lèvres. Pour combler la perte de substance créée par cette dissection, je fixai sur elle un grand lambeau taillé sur le bras droit près de l'épaule et que je laissai adhérent à son point d'origine par son pédicule. Le bras fut fixé à la tête au moyen de l'appareil que j'emploie d'ordinaire pour cette sorte d'opération. Il se compose d'un gantelet, prenant la main, l'avant-bras et le coude et les rattachant à une capeline solidement fixée à la tête et au cou, à l'aide de plusieurs courroies dont la disposition varie avec chaque cas particulier. L'opérée resta seize jours dans cette position sans en souffrir et sans en être fatiguée, se levant dans la salle et allant même se promener au jardin avec son bras fixé sur la tête. Le pédicule du lambeau fut sectionné au bout de ce temps, et quelques jours après, la partie exubérante de ce pédicule fut adaptée à la face par une petite opération complémentaire.

Il y a plus d'un an que l'opération a été faite : la conformation de la lèvre se rapproche autant que possible de la normale; la peau du lambeau présente la même coloration que le reste de la face; le lambeau, souple, épais, mobile, bien nourri, a toute sa sensibilité. La lèvre inférieure présente une contractilité manifeste; l'opérée ferme la bouche, pince les lèvres, retient sa salive, mange et parle sans aucune difficulté.

Tagliacozzi, dans son célèbre ouvrage *De curtorum chirurgiâ per insitionem*, a figuré un procédé analogue. C'est la troisième fois que je l'applique, et toujours avec le même succès, à la restauration de la lèvre inférieure.

Présentation de pièce.

M. Richelot. J'ai l'honneur de vous présenter un pièce anatomique dont la vue n'offre pas un intérêt bien spécial. C'est un *cancer du col utérin*. Si je vous l'apporte, c'est pour vous faire remarquer que le néoplasme est absolument circonscrit et limité à la moitié inférieure de la lèvre postérieure. Il occupe la cavité cervicale, il est très loin des culs-de-sac du vagin et de la muqueuse utérine.

C'était donc un cas très favorable, en apparence, à une amputation partielle ; l'hystérotomie sus-vaginale aurait largement dépassé les limites du mal.

Or, après avoir fait l'hystérectomie vaginale, j'ai livré la pièce aux histologistes, et voici des préparations qui ont été faites et examinées par MM. Bourcy, chef des travaux histologiques à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, et Coffin, sous-chef des travaux. Il résulte de l'examen de tranches successives pratiquées depuis le cancer du col jusqu'au fond de l'utérus, que des traînées d'épithéliome, des boyaux de cellules existent non seulement au voisinage de la tumeur primitive, mais jusque dans le fond de l'organe. Chez cette malade, une amputation partielle de l'utérus eût été absolument insuffisante pour prévenir ou éloigner la récidive.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 16 décembre 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Horteloup, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Lettre de M. Février, médecin-major, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national, et envoyant à l'appui la liste de ses titres scientifiques ;

4° *La lymphe humaine ; des propriétés microbicides du sérum humain et de son emploi en thérapeutique*, par M. Magnant (de Gondrecourt) (M. Quénu, rapporteur) ;

5° *Contribution à la chirurgie du péricarde, paracentèse et péricardotomie*, par M. Février;

6° *Notice sur les travaux scientifiques* de L.-D. Beauperthuy (de la Guadeloupe);

7° Brochures par le Dr Weiss (de Nancy), membre correspondant : *Fracture par cause directe de la voûte orbitaire, abcès intra-cranien, guérison; — Contribution à l'étude de l'arthrotomie antiseptique de la hanche; — Fracture du rachis, trépanation, guérison en trois mois; — Albuminurie et traumatisme;*

8° *Les quatre points cardinaux de la médecine*, par M. P.-M. Dechaux (de Montluçon); 1 vol. in-18, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1891; — *Plaie grave de l'avant-bras*, par le même (M. Polaillon, rapporteur).

M. Terrier fait part à la Société de la mort de M. le Dr Léon Tripier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, et se fait l'interprète des regrets unanimes de ses collègues à la nouvelle de cette perte inattendue et cruelle pour la Société de chirurgie et pour le corps médical tout entier.

A propos du procès-verbal.

M. Marchand. M. Richelot vous a présenté un utérus portant une lésion épithéliomateuse très limitée de la lèvre postérieure du col, et dans la muqueuse duquel l'histologie aurait constaté la présence de cellules cancéreuses, jusqu'au fond de l'organe.

Je crois devoir rappeler à ce sujet que la muqueuse du corps des utérus affectés de cancer présente presque constamment des lésions qui ont été signalées depuis longtemps. Quelques histologistes les ont considérées comme de nature sarcomateuse, d'autres les ont interprétées dans un sens différent et n'ont voulu y voir que les lésions communes de l'endométrite.

Un fait tout récemment venu à ma connaissance, et dont je puis garantir l'authenticité, montre combien il serait dangereux parfois de tirer des conséquences pratiques absolues d'une simple donnée histologique.

Une dame de 31 ans, mère déjà de deux enfants, ressentit au mois de juillet dernier des douleurs abdominales sourdes et continues, en même temps que ses règles subissaient des modifications dans leur régularité. Elle eut d'abord une absence d'époques,

à laquelle succéda un écoulement sanguin continu, peu abondant et qui dura plusieurs semaines.

Elle s'adressa à un médecin qui, croyant reconnaître dans ces accidents les symptômes d'une endométrite, proposa le curettage, qui fut accepté. Après dilatation du col, l'opération fut pratiquée ; mais à peine avait-on commencé, que survint une abondante hémorragie qui nécessita un tamponnement à la gaze iodoformée.

Les fragments ramenés par la curette furent soumis à l'examen d'un histologiste qualifié, par l'opérateur justement effrayé de l'incident. Ce dernier répondit au bout de quelque temps que la malade était affectée d'un sarcome de l'utérus, ainsi que le montraient les pièces qui lui avaient été remises. L'émoi de la famille fut grand, comme on peut le penser, et la malade, accompagnée de son médecin traitant, prit l'avis d'un chirurgien très connu.

Ce dernier, se basant tout à la fois sur la note remise par l'histologiste et sur son examen personnel, déclara le cas fort grave et proposa l'extirpation de l'utérus, qui devait être exécutée dans le plus bref délai possible, en raison des complications que présentait la tumeur, ainsi que de son accroissement rapide.

Un second chirurgien donna le conseil de patienter, nonobstant le diagnostic histologique, en raison de la facilité avec laquelle repullulent les sarcomes utérins après leur ablation.

Quinze jours après, un nouveau chirurgien, quelque peu expert dans l'art des accouchements, constatait tous les symptômes qui lui permettaient d'affirmer une grossesse de quatre mois, coïncidant avec un gros col fongueux. Dix jours plus tard, la malade avortait d'un fœtus mâle de quatre mois et demi, sans aucun incident fâcheux, du reste. L'utérus, depuis lors, parfaitement revenu sur lui-même, est régulier, mobile, de forme et de complexion absolument normales.

Comment se fait-il que la grossesse ait résisté au curettage et au tamponnement intra-utérin ? L'explique qui pourra; mais le fait est indéniable ; et le curetteur affirme avoir introduit sa curette profondément, avoir raclé et tamponné la cavité utérine elle-même. Certains œufs mettent du reste une bien mauvaise grâce à abandonner l'utérus qui les protège, car je sais le fait d'un cathétérisme dans lequel l'hystéromètre fut introduit à 12 centimètres, dans un utérus gravide d'environ trois mois, sans qu'il en soit rien résulté. Cette singulière tolérance conduisit, comme dans le cas précédent, à un diagnostic erroné, suivi cette fois d'une regrettable intervention.

Rapport.

Cathétérisme des voies biliaires pour un cas de lithiase biliaire; guérison, par M. le Dr Delagénière.

Rapport par M. Terrier.

Tel est, Messieurs, le titre d'une observation fort intéressante qui vous a été adressée par mon ancien interne et ami M. le Dr H. Delagénière (du Mans).

Il s'agit d'une femme de 42 ans, dont le père aurait succombé à la lithiase biliaire à 72 ans, il est vrai; cette femme, bien réglée, ayant eu trois enfants et une fausse couche, éprouvait des troubles dyspeptiques depuis dix-huit mois environ.

En avril dernier, crises hépatiques violentes, durant trois semaines et suivies d'un ictère intense, avec décoloration des selles et coloration acajou des urines.

En mai, on constata une augmentation de volume du foie et une tuméfaction nette au niveau de la vésicule, de plus l'état général est mauvais, faiblesse très grande et vomissements.

Un traitement rationnel institué sembla améliorer la situation, mais le 15 juillet les accidents reparaissent plus intenses que jamais ; après deux jours de crises douloureuses, nouvel ictère et distension nette de la vésicule. Celle-ci, irrégulière, fait saillie sous le bord tranchant du foie et une pression exercée sur son fond réveille une douleur sourde et fait percevoir une sorte de frôlement, une légère crépitation calcaire, dit l'auteur.

L'opération fut faite le 1er août 1891. Sur le bord externe du droit, juste au niveau de la vésicule, le chirurgien fait une incision de 10 centimètres. La séreuse ouverte, on trouve juste au niveau de l'incision un noyau dur dépendant de la vésicule et adhérent de tous côtés. La vésicule est, en effet, tout à fait adhérente aux anses intestinales voisines, qui, déprimées, permettent de constater par le toucher la présence de calculs dans la vésicule. Quelques anses intestinales grêles sont détachées avec précaution et sur la face latérale gauche de la tumeur formée par les calculs on aperçoit la paroi de la vésicule. Sous le foie sont sentis des noyaux durs, dus à des calculs probablement engagés dans les canaux biliaires.

Suture de la paroi externe de la vésicule au péritoine pariétal avec six fils faufilés et entre-croisés, puis fermeture de la séreuse par deux points de suture au-dessus du point où on établira la fistule biliaire. Sur la face latérale gauche de la vésicule cinq autres points sont placés comme précédemment et la séreuse est fermée par quatre fils. Ceci fait, la vésicule bien appliquée à la paroi et le péritoine bien fermé, M. Delagénière ouvre la vesicule et tombe sur un calcul volumineux qu'il enlève par fragments. Or, ce calcul était situé dans une loge,

paraissant développée dans l'épaisseur de la paroi vésiculaire. C'est par cette loge, dont il incisa la paroi interne, qu'il put pénétrer dans la vésicule. Celle-ci fut largement ouverte avec des ciseaux et on enleva encore un calcul en le fragmentant, puis un autre en entier, enfin un troisième, qui enlevé laisse arriver un flot de bile dans la vésicule.

Explorant les parties avec une sonde cannelée coudée, on découvre à 12 centimètres un dernier calcul qui semble enclavé vers le canal cholédoque. Toutes les tentatives faites pour l'enlever en totalité échouent et on dut se contenter de l'écraser.

Un drain du volume du petit doigt est placé dans la vésicule et la plaie cutanée est fermée au-dessus et au-dessous de la fistule. Enfin la peau est suturée à la muqueuse de la vésicule ouverte.

Pansement avec de la gaze iodoformée et l'ouate de tourbe ; l'opération a duré une heure trois quarts.

Les suites de l'intervention ont été fort simples, mais, dès le troisième jour, la bile semblait s'écouler surtout au dehors ; une purgation au calomel amena une évacuation de matières décolorées avec de la bile pure et des débris de calculs.

A la suite de cette débâcle, indiquant la perméabilité du cholédoque, les coliques cessent et l'état général s'améliore, toutefois la bile coule par la fistule en grande abondance.

Le 8 août, selle décolorée, la perméabilité du cholédoque n'aurait été que temporaire.

Pensant soit à l'existence d'un fragment de calcul engagé dans le cholédoque, soit à une paralysie, l'auteur n'ose dire un spasme de ce conduit, mais le pense en parlant d'une altération quelconque de ce conduit, ce qui est assez vague, M. Delagénière résolut de pratiquer le cathétérisme des voies biliaires.

Après une purgation au calomel, qui ne change en rien les choses, le 10 août, c'est-à-dire dix jours après l'intervention, on explore avec une sonde cannelée la cavité de la vésicule et on constate vers le col des fragments de calcul qu'on ne peut enlever avec des pinces, mais qu'on entraîne avec un courant d'eau lancé dans la vésicule et une petite curette.

M. Delagénière, constatant qu'il n'existait plus de calcul dans la vésicule, chercha alors à pénétrer dans le canal cystique avec une bougie filiforme en gomme ; mais celle-ci est arrêtée à 6 centimètres de l'orifice cutané de la fistule, c'est-à-dire vers l'origine du canal cystique.

« Croyant trouver, en cet endroit, un nouveau fragment de calcul, dit l'auteur, je coudai une sonde cannelée en lui donnant une courbure irrégulière, répondant à un rayon de 4 ou 5 centimètres, puis je l'introduisis doucement dans la direction supposée des canaux cystique et cholédoque. A mon grand étonnement, cette sonde cannelée, qui ne mesure pas moins de 4 millièmes de diamètre et 12 centimètres de longueur, pénètre sans difficulté et tout entière dans les canaux biliaires. »

Cette pénétration permet de s'assurer qu'on ne rencontre pas de

calcul, mais elle détermine une crise de douleurs assez vive pour amener une syncope. Une bougie en gomme, substituée à la sonde cannelée, ne pénètre qu'à 8 centimètres, au lieu de 12. M. Delagénière tente alors l'introduction d'une sonde Béniqué n° 24, mais elle pénètre difficilement à 10 ou 11 centimètres.

« Il estime qu'à cette profondeur il doit se trouver à la naissance du cholédoque, soit à 6 ou 7 centimètres de l'intestin. »

Il eut alors l'idée d'adapter à la sonde Béniqué une bougie conductrice, qu'il coupa à 7 centimètres de son armature et dont l'extremité fut rendue mousse par une couche de collodion. Cette bougie était plus rigide qu'une bougie en gomme ordinaire vu son peu de longueur.

Or, après pas mal de tâtonnements, l'introduction du cathéter Béniqué ainsi armé s'effectua complètement, c'est dire que la bougie pénétra en entier, ainsi que toute la courbure du Béniqué dans les voies biliaires, soit 16 à 17 centimètres de longueur.

11 *août.* — Lavage de la vésicule, puis cathétérisme avec le Béniqué armé, utilisé la veille; mêmes tâtonnements. Mêmes douleurs intenses provoquées par le passage de la sonde.

Occlusion de la fistule biliaire avec un pansement collodionné dans le but de faciliter le passage de la bile dans l'intestin ; purgation avec le calomel.

12 *août.* — Mêmes manœuvres, lavage et cathétérisme. La difficulté de ce dernier résulte, dit M. Delagénière : « 1° du manque de rigidité de la bougie conductrice dont l'extrémité est arrêtée par les replis muqueux ; 2° du volume trop considérable du Béniqué qui ne peut cheminer dans le canal cholédoque.

13 *août.* — La bile s'écoule toujours par la fistule et non par l'intestin, car les selles sont décolorées. Nouvelle séance de lavage et de cathétérisme.

16 *août.* — Après un pansement occlusif de la fistule, pansement qui, d'ailleurs, ne tient guère, la bile colore un peu les selles.

17 *août.* — Nouvelle séance de cathétérisme, moins douloureuse et plus facile. Selles légèrement colorées.

18 *août.* — Lavage et cathétérisme. Puis, à l'aide d'agrafes fixées par du collodion, M. Delagénière s'efforce de rapprocher mécaniquement les bords de la fistule. Dès le soir, les selles étaient colorées.

Du 18 *au* 25 *août*, on se contente de renouveler le pansement de la fistule; la bile s'en écoule de moins en moins et les selles restent colorées. Urines normales.

26 *août.* — Nouvelle séance de cathétérisme pour s'assurer de la perméabilité des voies biliaires. Après quelques tâtonnements, la sonde passe bien et facilement.

31 *août.* — La fistule ne donnait plus issue qu'à un peu de mucus, on enlève un crin de Florence oublié.

Lorsque M. Delagénière revit la malade le 10 septembre, la fistule était fermée et l'état général excellent; au 25 octobre dernier, l'opérée continuait à se très bien porter.

Voici les conclusions que formule l'auteur à la suite de sa très intéressante observation :

1° Le cathétérisme des voies biliaires est possible lorsque ces voies ont été distendues par des calculs.

Ce cathétérisme est difficile à pratiquer avec des instruments de petit calibre, comme des bougies filiformes en gomme, qui, en outre, ont l'inconvénient de ne pouvoir renseigner le chirurgien sur la nature des obstacles qu'elles rencontrent. Il faut donc avoir recours à des instruments métalliques armés, si on le veut, d'une très courte bougie conductrice.

2° Le cathétérisme des voies biliaires, pratiqué au moment de l'opération, peut donner des renseignements certains sur l'état de perméabilité des voies biliaires.

En outre, il peut être utile pour rétablir le cours de la bile dans l'intestin, quand les voies sont libres, comme chez la malade dont il rapporte l'observation.

Messieurs, la question du cathétérisme des voies biliaires a été déjà soumise à l'appréciation de la Société de chirurgie, en 1889, par notre collègue M. le Dr Fontan (de Toulon). J'avais été chargé de vous faire un rapport sur le fait relaté par notre collègue ; ce travail était écrit, lorsque je fus devancé par le vote de la Société, et M. Fontan ayant été élu membre correspondant national, je ne pus lire mon rapport.

Toutefois, je profiterai de l'observation présentée par M. Delagénière (du Mans), pour vous rappeler le fait intéressant de notre collègue [1].

Il s'agit aussi d'une cholécystotomie, avec création d'une fistule biliaire et suivie de cathétérisme des voies biliaires ; toutefois, dans le cas de M. Fontan, l'obstacle au cours de la bile était dû à l'existence d'une tumeur maligne siègeant vers le foie. Voici un résumé de cette observation :

Un homme de 36 ans entre à l'hôpital avec un ictère très accusé, presque bronzé, surtout depuis vingt jours environ. Urines colorées par la bile, selles décolorées, amaigrissement, purpura, prurigo. Rien du côté du foie. Bientôt apparaissent des épistaxis; pas de fièvre; diarrhée abondante, fétide, et subdélirium la nuit.

M. Fontan, appelé près du malade, constate une tumeur sous le foie. Une autre tumeur existe dans la région sus-claviculaire gauche et semble ganglionnaire, elle atteint le volume de deux poings et ne daterait que de quelques semaines.

Aux deux plis inguinaux, existent deux cicatrices dues à l'extirpa-

[1] M. Fontan a rappelé ce fait au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences tenu à Marseille en septembre 1891.

tion de tumeurs semblables, ganglionnaires, extirpation qui date de deux années.

La tumeur du ventre est énorme, elle descend de 10 centimètres au-dessous de l'hypochondre, elle paraît solide et peu mobile.

Les veines des parois abdominales sont dilatées, pas d'ascite.

Le jour même de l'examen fait par M. Fontan, le malade a quelques vomissements marc de café, qui font penser à une néoformation du côté du pylore.

Quoiqu'il n'ait pas senti de fluctuation dans la partie de la tumeur qui correspond au siège normal de la vésicule, M. Fontan estime que celle-ci est distendue et qu'il y a compression du canal cholédoque par une tumeur ganglionnaire.

Il se décide à intervenir, l'état du malade s'aggravant, et le 18 octobre il pratique une laparotomie exploratrice.

Incision de 10 centimètres sur le bord externe du muscle droit. La vésicule fait saillie dès que le péritoine est ouvert, elle est transparente et distendue. L'exploration avec la main permet de s'assurer qu'il existe une tumeur occupant la cavité postérieure des épiploons et qui paraît adhérer à la colonne vertébrale.

La vésicule est ponctionnée, il s'en échappe un liquide clair et filant, ce qui semble indiquer qu'elle ne communique plus soit avec le canal cholédoque, soit avec le canal cystique.

M. Fontan eut alors l'idée de pratiquer une fistule biliaire en suturant la vésicule ouverte aux segments par une couronne de suture au catgut. Rien à signaler par l'exploration de la cavité de la vésicule avec le doigt, si ce n'est que cette vésicule se rétracte beaucoup après avoir été ouverte.

Le liquide retiré de la vésicule et évalué à 250 grammes environ était clair, de 1,023,5 de densité il renferme de la paralbumine et beaucoup de chlorure de sodium (10gr,40 pour mille). Il ne contient que des cellules épithéliales. L'opération a été faite avec de l'eau boriquée bouillie.

Les suites furent d'abord assez simples, au moins les deux premiers jours, où il n'y eut pas de fièvre.

Le troisième jour, on cherche à pratiquer le cathétérisme, et M. Fontan réussit, dit-il, à pénétrer dans le canal cholédoque avec une sonde d'argent de petit calibre, dont la courbure fut en partie redressée d'après les indications fournies par le cathétérisme fait avec une bougie en gomme.

La manœuvre fut laborieuse; on éprouva, dit l'auteur, la résistance d'un coude brusque à franchir et non d'une fausse route que l'on se frayerait de toutes pièces. Sensation que, pour ma part, il me paraît difficile de bien saisir.

Cette sonde d'argent est engagée à 16 centimètres et après quelques minutes on la retire et la remplace par une sonde de caoutchouc n° 13, qu'on laisse à demeure jusqu'au lendemain.

Le jour suivant (23), selles abondantes biliaires, on remet la sonde de caoutchouc en place.

Le 24, on retire la sonde, l'ictère diminue, la débâcle biliaire continue.

Mais l'état général est mauvais, ballonnement du ventre, 38°,9, soif vive, pouls misérable. Délire.

Le 26, même état, après un nouveau séjour de la sonde. Diarrhée biliaire. Fièvre.

Mort le 31 novembre, soit treize jours après l'opération.

L'autopsie permet de s'assurer, tout d'abord, qu'il y a de l'ascite colorée en vert par la bile; puis qu'il existe un foyer de *péritonite suppurée* entre l'estomac, le foie et la paroi abdominale, foyer qui, dit l'auteur, ne contient qu'une cuillerée à bouche de pus; ce qui me semble bien suffisant d'ailleurs.

Le foie, non hypertrophié, est vert bronzé. En haut du lobe gauche « érosion suppurante de la dimension d'une pièce de 5 francs », qui répond au foyer suppurant signalé plus haut.

Du côté du lobe droit, deux noyaux cancéreux à sa face inférieure, mais indépendants de la tumeur sous-hépatique.

En introduisant une sonde dans la vésicule biliaire ouverte, elle entre de 16 centimètres, c'était la longueur donnée par le cathétérisme sur le vivant.

La sonde suit les voies biliaires au centre même de la tumeur.

Au niveau du collet cystique, il existe une ampoule anormale, suivie d'une portion rétrécie. La portion du canal cystique au niveau de la bifurcation est la plus comprimée.

Le canal hépatique est large et normal; le canal cholédoque est étroit, sinueux et comprimé.

L'estomac est dilaté et renferme du liquide marc de café.

Quant à la tumeur du volume des deux poings, elle est située dans l'épiploon gastro-hépatique et englobe complètement les conduits biliaires. Ce paraît être un sarcome, s'étendant en arrière de l'estomac et du duodenum jusqu'aux ganglions prévertébraux.

La tumeur du cou, située à gauche, dans le creux sus-claviculaire, est plus vasculaire, mais analogue à la tumeur abdominale.

L'examen histologique de la tumeur sous-hépatique permet de s'assurer qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire. Telle est ainsi la structure des noyaux signalés à la face inférieure du foie. Quant à la tumeur du cou, c'était un sarcome ganglionnaire.

L'auteur conclut que l'affection était donc un « adéno-sarcome à généralisation sarcomateuse proprement dite », ce que je ne comprends pas très bien. En fait, il s'agissait de tumeurs malignes dites sarcomateuses.

Sans discuter ici la question d'opportunité opératoire, question que pour mon compte j'aurais résolue par la négative, étant donné l'état général du patient et les tumeurs multiples abdominale et sus-claviculaire, je retiendrai le fait de la formation d'une fistule biliaire, fistule suivie de cathétérisme le troisième jour après l'opération.

Comme M. Delagénière, notre collègue M. Fontan réussit à

pénétrer dans le canal cystique jusqu'au cholédoque, à l'aide d'une sonde d'argent de petit calibre, et après exploration avec une bougie en gomme.

Ce cathétérisme fut laborieux, on eut une résistance à franchir et la sonde pénétra à 16 centimètres, toujours comme dans le cas de M. Delagénière.

Puis on la remplace par une sonde en caoutchouc vulcanisé n° 13. Ces manœuvres, répétées trois fois, rétablirent le cours de la bile, mais coïncidèrent avec une aggravation très grande de l'état général, et treize jours après la laparotomie le malade succombe à une péritonite suppurée. Existe-t-il une relation entre le cathétérisme un peu forcé des voies biliaires aplaties ou même peut-être envahies par la néoformation et la péritonite mortelle, je serais fort tenté de le penser.

L'autopsie ne nous éclaire pas beaucoup sur ce point, car il n'y est pas fait mention de l'état des parois des canaux biliaires, et l'on ne sait s'ils étaient indemnes de toute dégénérescence, ce qui semble peu probable, étant donné le développement rapide de la néoformation abdominale.

Nous revenons au cathétérisme des voies biliaires :

A son observation, notre collègue M. Fontan ajoute une note fort intéressante sur le cathétérisme des voies biliaires, note que vous me permettrez de résumer :

« Ici, dit-il, il ne s'agit pas de ponction exploratrice suivie ou non d'exploration avec un stylet pour déterminer l'existence de calculs biliaires, mais, la *vésicule étant ouverte* (cholécystotomie), « de « franchir un obstacle situé dans les voies biliaires en y passant « des sondes, de rétablir le cours de la bile du foie vers l'intestin.»

Il faudrait mieux dire, je crois, rétablir le cours de la bile de la vésicule dans l'intestin, la partie du canal excréteur du foie, située au-dessus de l'abouchement du canal cystique avec le canal cholédoque, échappant ici fatalement à toute action dilatatrice.

Notre collègue examine la disposition anatomique normale du col de la vésicule, du canal cystique et du canal cholédoque. Et tout d'abord il dit avec juste raison que les difficultés du cathétérisme dues aux dispositions anatomiques sont telles que, sur un cadavre dont les voies biliaires sont saines, il est parfois *impossible* de faire passer une sonde de la vésicule dans le canal cystique. Des expériences faites sur le cadavre avec le concours de mes élèves MM. H. Hartmann et Dally nous ont convaincu de la vérité de cette proposition [1].

[1] Cette proposition sera développée dans la deuxième partie de notre travail avec M. Dally sur le cathétérisme des voies biliaires. — Première partie (*Revue de chirurgie*, août 1891).

M. Fontan fait intervenir pour cela la disposition spiroïdale du col de la vésicule, qu'il nomme canal intermédiaire, et les fluctuosités du canal cystique avec ses valvules. Pour nous, ce sont surtout les valvules qui jouent le rôle principal, la disposition spiroïde dont on a tant parlé ne nous paraissant due qu'à un mode spécial de préparation. Aussi n'acceptons-nous qu'avec réserve la conclusion de notre collègue :

« En résumé, dit-il, les voies biliaires forment un trajet difficilement perméable dans l'état normal, surtout à cause de la portion spiroïde et de l'étroitesse de ses extrémités. »

Comme M. Fontan, nous pensons que ces obstacles sont très amoindris, ou même tout à fait effacés, dans le cas de dilatation chronique des voies biliaires, plus particulièrement en cas d'obstruction du canal cholédoque.

Notre collègue cite, à l'appui de cette affirmation, une autopsie intéressante, dans laquelle, par suite de cholélithiase, il y avait une suffisante dilatation des canaux cystique et cholédoque pour qu'une sonde Béniqué du numéro 28 pût pénétrer dans ces canaux et ne s'arrêter qu'à un calcul engagé dans le cholédoque [1].

Laissant donc de côté la question du cathétérisme des voies biliaires normales, nous insisterons sur le cathétérisme de ces voies alors qu'elles sont dilatées par stagnation de la bile, soit par suite de la présence de calculs dans les canaux cholédo-cystique, soit par obstruction, par compression ou par dégénérescence des parois des mêmes canaux.

Pour M. Fontan, l'emploi du cathéter métallique est indiqué dans ces circonstances pathologiques, et il faut utiliser soit une sonde à grande courbure (probablement une sonde uréthrale), soit un cathéter Béniqué, qu'on dispose selon les indices recueillis (*sic*), ce qui nous semble un peu vague.

« Le cathéter métallique, dit notre collègue, doit être dirigé horizontalement d'avant en arrière et même un peu de bas en haut, tant qu'il est dans la vésicule ou dans les trois centimètres au delà du col franchi (*sic*). Puis la tige de l'instrument doit être relevée assez brusquement afin que l'extrémité descende verticalement et même un peu d'arrière en avant. »

[1] Depuis lors, M. Fontan a fait une nouvelle cholécystomie suivie de cathétérisme des voies biliaires ; mais, dans ce cas, le cathéter n° 28 Béniqué fut conduit par deux doigts introduits dans la cavité abdominale jusque dans le canal cholédoque, où il put refouler une masse calculeuse, demi-résistante. Le cours de la bile se rétablit aussitôt, et la malade guérit. Cette observation, que M. Fontan a eu l'obligeance de m'adresser, doit paraître *in extenso* dans le compte rendu du Congrès pour l'Association des sciences, session de Marseille, 1891.

Cette manœuvre ne nous semble pas très facile à comprendre, d'autant que dans les cas pathologiques les rapports du col ou plutôt du bassinet de la vésicule avec l'abouchement du canal cystique peuvent être notablement modifiés comme nous l'avons observé dans un cas, et comme notre élève et ami M. le Dr H. Hartmann l'a observé sur trois pièces dont l'une appartient au musée de Bichat et sur une planche de l'atlas de Cruveilhier [1].

Dans notre observation, c'est par un orifice semblant situé sur la paroi inférieure de la vésicule largement ouverte, et à bonne distance de ce qui semble être le fond de la vésicule, et qui dans l'espèce n'était autre que le bassinet distendu de la vésicule, que je pus passer une bougie en gomme des numéros 4 et 5. Celle-ci pénétra très profondément et je sentis très nettement qu'elle frottait sur des calculs situés plus loin dans le canal cystique.

Que faire donc de règles préalables dans des conditions semblables, conditions qui doivent être fort fréquentes, étant donnée dans ces cas la diversité de déformation des voies biliaires.

Dans d'autres circonstances, et j'en ai observé un fait remarquable, le col de la vésicule et le canal cystique, alternativement dilatés par des calculs et rétrécis entre ces concrétions, décrivaient une véritable S à courbures brusques dans lesquelles il eût été absolument impossible de faire pénétrer un cathéter métallique.

Plus prudent, notre ancien élève et ami M. Delagénière (du Mans) ne chercha pas à établir de règles de cathétérisme des voies biliaires malades. Il essaye d'abord, mais en vain, à pénétrer dans le canal cystique à l'aide d'uue bougie filiforme en gomme; puis il courbe une sonde cannelée, l'introduit doucement dans la direction supposée du canal cholédo-cystique, et à son grand étonnement il pénètre à 12 centimètres, c'est-à-dire dans le canal cholédoque. Nouvel essai infructueux avec une bougie en gomme; c'est alors qu'il tente avec succès l'introduction d'une sonde Béniqué numéro 24. Enfin, pour faciliter ce cathétérisme, il eut l'idée d'adapter à la sonde Béniqué une bougie conductrice longue seulement de 7 centimètres et dont l'extrémité fut rendue mousse par une couche de collodion.

Du reste, c'est toujours après de nombreux tâtonnements que M. Delagénière peut introtruire son cathéter armé dans les voies biliaires, ce qui ne l'empêche pas d'en préconiser l'emploi d'une façon générale.

En fait, le cathéter rigide, armé ou non, peut donner de bons résultats, il suffit de se rappeler l'observation de M. Delagénière,

[1] H. Hartmann, *Quelques points de l'anatomie et de la chirurgie des voies biliaires*, Paris, 1891; *Bull. et mém. de la Société anatomique*, Paris, 1891.

mais je crois qu'il faut ne l'utiliser qu'avec de grands ménagements, surtout dans les cas où les parois du canal cholédo-cystique peuvent être supposées enflammées ou dégénérées, comme dans le fait de notre collègue M. Fontan. Dans ces circonstances, on est exposé aux fausses routes et il n'est pas besoin d'insister plus longuement sur leurs conséquences.

Le cathétérisme avec des bougies en gomme plus ou moins rigides, et assez grosses pour présenter une résistance suffisante; par exemple avec des bougies des numéros 10 et 12, nous paraît tout d'abord indiqué. Il ne faut pas croire, comme mon ami le Dr Delagénière, que les bougies ne pourront donner de renseignement sur les obstacles qu'elles rencontreront. Dans un cas, pendant une opération, j'ai pu parfaitement reconnaître la présence de calculs situés dans le canal cystique, en utilisant une de ces bougies. Du reste, depuis 1884, le Dr Edmund Rose [1] se sert, dit-il, du « cathéter noir français à bouton olivaire de petit calibre », soit d'une bougie à boule du numéro 12.

Tout d'abord, donc, je vous conseillerais des tentatives de cathétérisme avec des bougies olivaires, et ce n'est qu'ultérieurement, ce cathétérisme ayant échoué, que l'on peut en venir au cathéter métallique à sonde d'argent et surtout au cathéter Béniqué. Mais ici j'accepte alors entièrement la manière de faire de M. Delagénière, à savoir d'armer le cathéter Béniqué d'une bougie conductrice assez courte pour présenter une certaine résistance, tout en ayant un petit calibre.

Vous me permettrez de laisser de côté, au moins dans ce rapport, la question de la valeur de l'emploi des sondes à demeure, pratique utilisée par notre collègue M. le Dr Fontan (de Toulon), mais qui n'a pas été suivie, et je crois avec juste raison, par M. le Dr Delagénière.

Un point capital sur lequel les auteurs précédents n'ont pas insisté, c'est l'importance qu'il y a à n'utiliser que des sondes stérilisées, ou au moins longtemps plongées dans une solution antiseptique. Rien n'est plus simple, et M. Delagénière l'a démontré alors qu'il était mon interne, rien n'est plus simple, dis-je, que de stériliser des sondes dites en gomme élastique. *A fortiori* peut-on le faire quand il s'agit de cathéter métallique en argent ou en étain.

C'est dans le cas où on utiliserait les sondes en caoutchouc vulcanisé qu'il faudrait user du séjour dans les solutions antiseptiques, encore faudrait-il que celles-ci ne fussent pas trop irritantes pour les tissus.

[1] *Beiträge zur conservativen Chirurgie.* III. *Die conserv. chir. der Gallenblase und das Sondiren der Gallenwege.* Leipzig, 1890, p. 483 (aus dem freien Vereinigung der Chirurgen Berlins, 34 Sitzung vom, 14 Juli 1890).

Nous terminerons cette analyse, un peu longue peut-être, par les conclusions suivantes :

1° Le cathétérisme des voies biliaires à l'état pathologique est le plus souvent possible du fait même de la dilatation de ces voies en arrière d'obstacles uniques ou multiples au cours de la bile ;

2° Il ne nous paraît pas soumis à des règles opératoires fixes;

3° Ce cathétérisme peut servir soit pour formuler un diagnostic, soit pour la thérapeuthique de certaines lésions[1] ;

4° Dans tous les cas où l'écoulement normal de la bile dans l'intestin est empêchée par un obstacle mécanique, le cathétérisme est indiqué ;

5° Il doit être pratiqué de préférence avec des bougies à boule en gomme élastique, ou à l'aide de sondes Béniqué de petit calibre, sondes armées de bougies assez courtes et rigides;

6° Le cathétérisme avec des instruments d'argent, comme des sondes uréthrales, nous paraît dangereux ; il en est de même du cathétérisme forcé, même conduit par les doigts placés dans le ventre sous le foie ;

7° Les instruments utilisés devront être, au préalable, stérilisés ou tout au moins antiseptisés.

En terminant, Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements à M. Delagénière pour sa très intéressante communication, de déposer son travail aux archives et enfin d'inscrire l'auteur dans un bon rang sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Communication.

Étranglement de la verge par une massette en acier trempé,

Par M. Poncet (de Lyon).

Messieurs, je vous présente un dessin qui reproduit un cas singulier d'étranglement de la verge. C'était un cordonnier de 50 ans, qui vint me consulter, souffrant beaucoup, le corps fléchi en avant, la main soutenant le scrotum. Quatre jours auparavant, il avait engagé sa verge dans l'anneau d'un instrument peu usité en pareil cas : une massette en acier trempé, un marteau de cantonnier servant à casser les pierres et pesant 450 grammes. Il y avait une inflammation vive, un œdème énorme, avec menace de sphacèle et rétention d'urine.

[1] F. Terrier et Dally, Du cathét. des voies biliaires (*Revue de chirurgie*, n° 8, août 1891, p. 648).

Je me demandai comment j'allais procéder à la délivrance. Couper ce corps étranger, c'était impossible; sa dureté défiait toutes les tentatives. J'appelai un serrurier, qui déclara qu'aucune scie ne pourrait l'entamer ; même réponse m'a été faite aujourd'hui par le contremaître de M. Collin.

Je songeai à l'amputation du pénis ; mais je fus arrêté par ce fait que le sphacèle n'était pas confirmé, que le gland semblait sain et que le canal n'était pas tout à fait oblitéré, puisqu'il rendait de temps en temps un peu d'urine par regorgement. Alors je pratiquai l'anesthésie, et je fis sur la verge plusieurs incisions allant jusqu'aux corps caverneux, ce qui produisit une détente favorable. Puis j'exerçai des pressions méthodiques pour vider le tissu cellulaire, j'enduisis la verge de vaseline, et bientôt le corps étranger se déplaça, arriva jusqu'au gland, et enfin l'anneau fut franchi. Le malade urina par la sonde le jour même, et il n'y eut aucun accident consécutif.

Ce corps étranger m'a paru assez intéressant pour vous être présenté, à cause de son volume, de sa dureté, de sa nature exceptionnelle et des indications que sa présence faisait naître. Si les incisions libératrices n'avaient pas réussi, j'aurais décortiqué le pénis jusqu'aux corps caverneux, comptant sur la réparation si facile des plaies de cette région.

Communication.

Empoisonnement mortel produit par l'injection d'une solution de chlorhydrate de cocaïne dans la tunique vaginale, à la suite de la ponction d'une hydrocèle,

Par M. Paul Berger.

Le mardi 20 octobre se présentait à la consultation de l'hôpital Lariboisière un homme d'une quarantaine d'années, porteur d'une hydrocèle de la tunique vaginale. Comme la surcharge de nos services, toujours encombrés de lits supplémentaires, ne me permet pas de conserver à l'hôpital des cas de ce genre, je donnai rendez-vous au malade dans la salle pour le vendredi suivant, afin de l'examiner de nouveau, de pratiquer la ponction et l'injection iodée, et de le renvoyer ensuite à domicile.

Il revint donc le 23 octobre ; la tunique vaginale, du côté gauche seulement, était distendue par un épanchement qui lui donnait le volume d'un œuf de dinde environ ; cet épanchement englobait le testicule, qui occupait sa situation normale en arrière de la tumeur. Celle-ci était d'ailleurs nettement transparente, absolument circonscrite,

séparée de l'anneau inguinal par un intervalle considérable, au niveau duquel le cordon spermatique ne paraissait nullement augmenté de volume. J'exclus d'une manière formelle l'idée d'une hydrocèle communiquant avec le péritoine. Le sujet, un peu chétif, était d'ailleurs bien portant. L'épanchement s'étant développé et accru rapidement, je recommandai à l'un de mes internes de pratiquer la ponction, de s'assurer de l'intégrité du testicule, et, si celui-ci était sain, de faire une injection de teinture d'iode précédée d'une injection de cocaïne, ainsi que, depuis plusieurs années, je le fais journellement dans ma pratique de l'hôpital et de la ville.

Je me rendis à la consultation, où, un quart d'heure après, mon interne vint me rejoindre après avoir pratiqué la petite opération en question. Il avait évacué 100 grammes environ de sérosité de la tunique vaginale, et, le testicule étant reconnu sain, il avait d'abord injecté quelques grammes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au cinquantième, sans distendre la vaginale ; il avait laissé séjourner cette solution une à deux minutes, en malaxant légèrement les bourses pendant ce temps ; puis il avait laissé ressortir le liquide injecté, dont la quantité s'élevait à une cuillerée à soupe tout au plus; enfin il avait injecté une solution de teinture d'iode coupée de partie égale d'eau, solution qui avait été évacuée à son tour au bout de trois ou quatre minutes. Pendant tout ce temps, le malade ne s'était plaint d'aucun malaise, d'aucune douleur. Après un pansement occlusif au collodion, on entoura les bourses d'un bandage ouaté, et l'on conseilla à l'opéré de rester couché quelques heures dans la salle. Mais, au bout d'un quart d'heure, se sentant tout à fait à son aise, il se leva et déclara vouloir retourner chez lui.

Je venais de quitter la consultation quand on vint chercher l'interne en toute hâte en lui disant que le malade, après être sorti de la salle, n'avait pas tardé à y rentrer et avait presque aussitôt perdu connaissance.

Je laisse ici la parole à mon interne, pour décrire les accidents dont il a suivi l'évolution rapide et fatale.

« Arrivé près du malade, nous le trouvâmes dans le coma absolu, agité de mouvements convulsifs de la face et des membres, poussant de légers cris. La face était pâle, les pupilles dilatées, les mâchoires contractées. Il existait, avec une raideur tétanique de tous les muscles, des convulsions généralisées occupant tout le corps, et principalement les membres supérieurs et la face, avec prédominance du côté droit. Aux lèvres apparaissait une écume abondante et sanglante. Le pouls, très fort et rapide, battait à 120 ou 130 ; battements du cœur tumultueux. Cet état dura une à deux minutes, après quoi survint une période de prostration et de relâchement avec grandes inspirations régulières ; mais presque aussitôt les mêmes phénomènes se reproduisirent, et ainsi de suite sous nos yeux pendant un quart d'heure environ. Au bout de ce temps, le pouls s'affaiblit et devint plus rare ; subitement, après quelques battements arythmiques, une syncope cardiaque se produisit, et simultanément la respiration s'arrêta.

Paris. — Soc. d'Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 50.1.92. *Le gérant :* G. MASSON.

« Nous pratiquâmes la respiration artificielle pendant que plusieurs injections d'éther étaient faites ; à partir de ce moment, aucune inspiration spontanée ne put être obtenue. Au bout d'une heure et quart, l'un de nous pratiqua la trachéotomie, et, sans cesser la respiration artificielle, nous fîmes dans la canule des injections d'oxygène. Aucun effort ne put ranimer l'opéré, qui avait succombé sans reprendre connaissance. »

Aussitôt averti par dépêche du malheur qui venait de se produire, et dont tous les incidents me furent fidèlement rapportés et ont été rédigés le jour même, je n'hésitai pas à attribuer la mort à l'empoisonnement par la cocaïne. Néanmoins, comme les symptômes après lesquels elle était survenue eussent pu être déterminés par une lésion cérébrale, survenue brusquement et par une simple coïncidence, à la suite de la petite opération qui avait été pratiquée, je priai M. le Dr Richardière, chargé du rapport médico-légal sur le cas en question, de faire avec le plus grand soin l'autopsie complète du cadavre qui avait été transporté à la Morgue, le défunt étant inconnu et ne portant sur lui nul papier qui pût servir à constater son identité. Mon interne assista à l'autopsie, qui fut presque entièrement négative ; en voici le protocole qu'il a rédigé séance tenante :

« Autopsie faite à la Morgue, le 28 octobre 1891, par M. le Dr Richardière.

« *Examen local.* — Ouverture de la vaginale du côté gauche : le tissu cellulaire environnant ne présente pas trace de teinture d'iode ; la séreuse est blanchâtre, comme lavée ; elle contient quelques grammes de la solution iodée, reconnaissable à son odeur spéciale. Toutes les recherches faites avec le stylet ou par la dissection, du côté du cordon spermatique, montrent que la tunique vaginale de ce côté est parfaitement fermée. Le diagnostic d'*hydrocèle non communicante* est donc vérifié ; l'examen du péritoine au niveau de la région inguinale confirme encore ces constatations.

« *Poumons* surnageant dans l'eau ; à la coupe, gorgés de sang noir ; spume sanglante dans les bronches et dans la trachée, tous les signes d'une mort rapide, mais pas d'autres lésions.

« *Cœur* de volume normal ; le ventricule gauche paraît notablement hypertrophié ; le cœur droit est sain à la coupe. A gauche, l'orifice mitral admet deux doigts et est manifestement insuffisant. Traces d'endocardite chronique sur les valvules mitrales ; dilatation de l'oreillette et du ventricule correspondants.

« L'*estomac*, les *reins*, la *rate* sont normaux ; seul le *foie*, dans un état de putréfaction avancée, présente des adhérences étendues, mais qui se détachent aisément, avec le diaphragme.

« Le *cerveau*, la *protubérance*, le *bulbe* sont sains ; il n'y a à noter de ce côté qu'une congestion générale des méninges. »

Avant de discuter quelle a été ici la cause de la mort, je tiens à dégager complètement la responsabilité de mon interne, qui a agi

suivant mes ordres et en se conformant à la pratique usitée dans le service depuis des années et qui ne m'avait jamais donné d'accidents. Ceci étant établi, et considérant ce malheur comme s'étant produit à la suite de mon intervention personnelle, je n'hésite pas à en attribuer la cause à l'injection de la solution de cocaïne dans la tunique vaginale et à l'empoisonnement qui en a été la conséquence.

La manière dont les accidents se sont produits et se sont succédé, le moment de leur apparition, leur forme, ne peuvent laisser subsister le doute sur ce point; tel a été aussi l'avis formel du Dr Richardière, qui a recueilli onze faits d'empoisonnement mortel produits par des injections de cocaïne et observés dans ces derniers temps à Paris.

On ne peut, en effet, rapporter la mort au choc opératoire, à l'émotion, à la douleur; l'opération s'était faite sans amener aucune perturbation morale ou physique, et le malade se trouvait tout à fait à son aise, au moment où il fut pris des accidents qui devaient si rapidement aboutir à la terminaison fatale.

La mort n'a pu être causée par l'insuffisance mitrale dont il était atteint; c'est ce qui ressort clairement des phénomènes observés depuis l'explosion des accidents jusqu'à la fin.

La seule hypothèse qui pouvait être admise, celle d'une lésion des centres nerveux, soit subitement produite, soit latente et s'étant brusquement révélée à la suite de l'opération, disparaît également devant les constatations de l'autopsie.

Quant à l'injection iodée, elle n'est capable par elle-même de déterminer aucun trouble analogue à ceux qui se sont produits.

D'ailleurs, les phénomènes observés ont bien été ceux de l'empoisonnement par des doses élevées de cocaïne, tels qu'ils ont été établis par les recherches expérimentales d'un certain nombre d'auteurs.

Feinberg [1], en expérimentant sur des chiens, a vu l'injection de 1 à 2 grammes de cet agent déterminer des convulsions toniques et cloniques, s'accompagnant de dilatation des pupilles, qui ne réagissaient plus à la lumière.

Bignon [2] a également noté l'apparition de convulsions généralisées dans l'empoisonnement par des doses massives de cocaïne, et il les a attribuées à l'empoisonnement urémique résultant de l'action de la cocaïne sur les reins.

Bianchi et Giorgieri [3], en touchant les centres nerveux avec une goutte de solution saturée de cocaïne, ont vu survenir la paralysie

[1] Feinberg, *Berl. klin. Wochenschrift*, 1890.

[2] Bignon, *Bulletin de thérapeutique*, 15 août 1886.

[3] Bianchi et Giorgieri, *Riforma medica*, 1887.

des groupes musculaires innervés par ces districts des centres nerveux, paralysies précédées par des convulsions cloniques.

Suivant Laborde [1], l'empoisonnement par la cocaïne est caractérisé par une hyperexcitation neuro-musculaire d'abord, suivie d'un collapsus paralytique avec troubles graves du fonctionnement respiratoire et syncope temporaire ou définitive.

Les autopsies elles-mêmes faites à la suite des empoisonnements aigus par la cocaïne, comme dans le cas de Montalti [2], montrent les lésions que l'on a retrouvées dans le fait qui nous est propre, en particulier l'injection des vaisseaux cérébro-spinaux, la congestion pulmonaire, le cœur arrêté en diastole, lésions qui sont celles de la mort rapide.

Comment donc expliquer l'invasion foudroyante d'une intoxication suraiguë à la suite de l'injection d'une dose relativement faible de cocaïne dans la tunique vaginale, alors que depuis des années le même moyen, employé dans des centaines de cas, ne m'a jamais donné le plus léger accident?

On ne peut en effet incriminer la dose trop élevée de cocaïne injectée dans le cas présent. Baillet [3], dans sa thèse publiée sous l'inspiration de notre collègue Périer, indique la dose de 0,50 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne dissous dans 30 grammes d'eau, comme celle à laquelle il faut recourir pour obtenir l'insensibilisation de la cavité vaginale, celle aussi qui a été employée dans presque toutes les observations qu'il rapporte.

Pour ma part, j'emploie le plus souvent une solution moins concentrée (au centième), mais j'en injecte une quantité beaucoup plus considérable, deux à trois cuillerées à soupe, pour avoir une action plus également répartie sur toute la séreuse.

On ne peut croire non plus qu'une partie de la solution injectée ait pénétré jusque dans le péritoine, puisque la communication péritonéo-vaginale était oblitérée et que toute la solution introduite dans la vaginale en a été extraite avant l'injection iodée.

Y a-t-il eu, dans les conditions particulières inhérentes à l'état local ou à l'état général du malade, quelque circonstance qui puisse expliquer un accident aussi imprévu?

Peut-être peut-on y attribuer quelque part à l'état de la tunique vaginale; l'hydrocèle était récente, la séreuse n'était pas épaissie, et peut-être était-elle douée d'un pouvoir absorbant plus considérable que celui que possède la paroi modifiée d'une hydrocèle plus ancienne.

[1] LABORDE, *Comptes rendus de la Société de biologie*, octobre 1887.

[2] MONTALTI, *Lo Sperimentale*, septembre 1888.

[3] BAILLET, De l'emploi de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par la teinture d'iode (*Thèse de Paris*, 1887).

Il faut également se souvenir que l'opéré était atteint d'une insuffisance mitrale qui a pu favoriser la syncope mortelle par laquelle se sont terminés les accidents.

Enfin les adhérences qui unissaient le foie au diaphragme permettent de soupçonner chez ce malade un état d'alcoolisme chronique, et dans tous les cas un état organique défectueux, l'exposant plus qu'un individu sain aux intoxications.

Mais toutes ces considérations sont bien insuffisantes à donner la raison des accidents mortels qui se sont produits chez notre malade. Il faut donc reconnaître que l'emploi de la solution de chlorhydrate de cocaïne en injection dans la tunique vaginale, aux doses habituellement usitées et sans qu'on ait à incriminer aucune faute opératoire, peut déterminer une intoxication aiguë suivie de mort rapide. Le fait me paraît malheureusement trop péremptoirement établi par l'observation que j'ai cru devoir vous soumettre ; il se passe de tout commentaire.

Discussion.

M. Reclus. Il faut remercier M. Berger de nous avoir apporté cette observation, qui est du plus grand intérêt. C'est une des premières où les phénomènes qui ont amené la mort sont physiologiquement analysés. Les travaux des expérimentateurs sont cités en témoignage. Pour moi, il n'y a aucun doute : c'est bien un cas de mort par la cocaïne.

Mais je me séparerai de M. Berger sur un point : la dose maniable de l'agent anesthésique. Après avoir lu les premiers travaux écrits sur la question, j'ai employé la cocaïne à la dose de 25 centigrammes et j'ai eu des accidents convulsifs menaçants. Aussi me suis-je élevé, depuis lors, contre les doses de 25 à 50 centigrammes que d'autres employaient couramment ; j'ai adopté 20 centigrammes comme limite extrême, et encore je me sers d'une solution très diluée (2 0/0) ; j'injecte ainsi une quantité minime d'alcaloïde, qui suffit à produire une anesthésie parfaite, et qui ne me donne jamais aucun accident. Je crois même qu'en agissant ainsi les accidents ne sont pas possibles. Il y a, en effet, pour chaque alcaloïde, une dose maniable dont il ne faut pas sortir. Ici, nous devons tenir compte de l'absorption si rapide par les surfaces séreuses, surtout dans les hydrocèles jeunes, à parois minces. La dose maniable de la cocaïne est de 5 à 20 centigrammes.

En résumé, il me paraît fort utile que les observations de ce genre nous soient communiquées. Mais je tiens à dire qu'ici la dose employée (39 à 40 centigr.) était dangereuse, et d'ailleurs inutile pour obtenir l'anesthésie. Mes conclusions anciennes ne

sont donc pas modifiées par ce nouveau fait, pas plus qu'elles ne l'ont été par d'autres faits où les doses et le mode d'emploi me paraissent défectueux. Ces conclusions s'appuient aujourd'hui sur plus de 1,600 opérations.

M. Léon Labbé. J'ai écouté M. Berger avec beaucoup d'intérêt. Je ne suis pas très enthousiaste de la cocaïne. Une fois, je me suis laissé persuader de m'en servir dans une opération d'hydrocèle; je l'ai employée à la dose de 25 centigrammes environ, et j'ai eu des accidents formidables. Mon malade n'est pas mort, mais j'ai été, avec le confrère qui m'assistait, dans une telle situation pendant deux heures, que je me suis bien promis de ne pas recommencer. On nous dit qu'il faut employer des doses plus faibles; soit, mais il n'en faut pas moins nous tenir sur nos gardes.

Un fait m'a frappé dans le récit de M. Berger : c'est les 11 cas de mort par la cocaïne qui ont été l'objet des rapports de M. Richardière. Rappelez-vous une discussion analogue qui date de vingt ou vingt-cinq ans, les mémoires de Pétrequin sur l'anesthésie par l'éther, et la conviction où était l'école de Lyon qu'avec l'éther les accidents n'étaient pas à craindre. Un jour, on signale un cas de mort, et tout à coup, dans la même séance, 7 cas de mort sont révélés, dont personne n'avait parlé jusque-là. Aujourd'hui, révélation semblable : on nous parle d'un cas de mort par la cocaïne, et tout à coup nous apprenons que M. Richardière en a observé onze. C'est à croire que la cocaïne est vingt fois plus dangereuse que le chloroforme!

Pour ma part, je connais un accident par la cocaïne, arrivé entre les mains d'un dentiste : il s'agit d'une dame qui, après l'avulsion d'une dent, mourut dans le coma au bout de quelques heures. Le dentiste s'en tira par une indemnité pécuniaire au mari de la victime.

Ma conclusion est que nous ne connaissons pas assez les insuccès. Il serait utile de savoir un peu mieux ce qui arrive, et de pouvoir apprécier la valeur de ces faits regrettables.

Présentation de pièces.

1° *Corps étranger du rectum.*

M. Marchand présente un *verre à boire* qu'il a retiré du rectum d'un de ses malades.

Cet homme, âgé de 46 ans, est entré dans le service de M. Marchand, le 22 octobre 1891, à huit heures du matin. Interrogé dès son

arrivée, il raconte que la veille, étant dans un débit de vins, avec des camarades, il *a fait un pari* et s'est introduit dans le rectum un verre à boire et qu'un médecin appelé le lendemain matin n'a pu le retirer.

M. Marchand examine immédiatement le malade. Un peu de sang s'est écoulé par l'anus à la suite des tentatives d'extraction; le doigt introduit dans le rectum rencontre à 2 centimètres et demi au-dessus du sphincter anal, la circonférenee mousse du verre, interrompue en arrière et un peu à droite par une encoche en forme de V à bords tranchants qui correspond au point où le médecin a appliqué une pince pour le retirer. A ce niveau, le verre a été cassé. Plus profondément le doigt explore facilement l'intérieur du verre, mais n'atteint qu'à peine le fond qui est très haut situé.

L'abdomen est ballonné, et sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis, on sent le globe vésical très distendu. Le malade n'a pas uriné depuis son accident. Il souffre beaucoup, ayant des épreintes rectales très douloureuses et des envies d'uriner qu'il ne peut satisfaire.

Opération. — L'intervention est décidée immédiatement. Anesthésie. On sonde le malade et on vide complètement sa vessie.

Puis, le malade est placé dans la position de la taille périnéale, et M. Marchand, se guidant sur un doigt, cherche à saisir la paroi du verre avec des pinces et à l'attirer au dehors. Les pinces glissent. Alors, introduisant une corne à chaussures pour se préserver et deux doigts dans l'intérieur du verre, il cherche à l'extraire, mais sans succès.

Il se décide alors à inciser en arrière et sur la ligne médiane les parties molles et la paroi postérieure du rectum (le sphincter anal étant compris dans la section). Par cette large voie, une pince est introduite, et en s'aidant des doigts, M. Marchand attire facilement le verre au dehors, sans risque de blesser aucun organe.

La paroi postérieure du rectum est alors reconstituée par un double plan de sutures au catgut (un plan sur la muqueuse, un plan sur la musculeuse). La suture des deux moitiés du sphincter est particulièrement soignée. Réunion des parties molles au crin de Florence. Une sonde est placée à demeure dans le rectum, et la plaie est recouverte d'un pansement iodoformé.

Suites opératoires. — Le malade est constipé pendant les quatre premiers jours ($0^{gr},05$ extrait thébaïque). Les suites ont été excellentes, le malade n'a pas eu de fièvre un seul jour, la réunion a été complète an bout de dix jours sans trace de suppuration. La sonde rectale a été retirée le huitième jour, les fils superficiels ont été enlevés le dixième jour.

Le malade n'a eu à aucun moment de l'incontinence des matières fécales. On lui donnait tous les jours, à dater du huitième jour, de petits lavements glycérinés, et quand il est sorti le 7 novembre, son sphincter était parfaitement reconstitué et fonctionnait normalement.

Dimensions du verre : bord mousse, 19 centimètres de circonfé-

rence; fond, 17 centimètres de circonférence; hauteur, 8 centimètres; capacité, 160 centimètres cubes.

2° *Anévrysme poplité.*

M. Quénu présente un *anévrysme poplité* qu'il a traité par l'extirpation.

Discussion.

M. Reynier. J'aurais pu vous apporter aussi un anévrysme poplité, artério-veineux, que j'ai enlevé ce matin. J'ai dû d'abord exciser le sac, pour trouver ensuite les deux bouts de l'artère et de la veine.

M. Quénu. Je n'ai pas excisé le sac avant de trouver les deux bouts, j'ai dû l'ouvrir seulement; l'excision a suivi.

3° *Hernie étranglée, pseudo-réduction, laparotomie.*

M. Routier. La pièce anatomique que j'ai l'honneur de vous présenter et qui n'est autre chose qu'un appendice épiploïque de l'S iliaque épaissi et hypertrophié, est plus intéressante sous le rapport de la clinique :

J'étais appelé le 10 décembre courant à Lariboisière pour un homme de 49 ans qui présentait tous les signes du choléra herniaire.

Porteur de deux vieilles hernies inguino-scrotales qu'il maintenait avec un bandage, il ne put réduire l'une d'elles aussi facilement lundi dernier 7 décembre; il y réussit cependant, mais bientôt il ressentit de vives douleurs abdominales, les gaz et les selles furent supprimés, les vomissements commencèrent.

Quand je le vis, les extrémités étaient froides, la peau visqueuse avait perdu son élasticité, le pouls était misérable, les yeux caves, la voix éteinte, les vomissements franchement fécaloïdes.

Le ventre était plat, non douloureux, les muscles tendus, les orifices herniaires libres; les deux testicules dans les bourses, le gauche cependant un peu trop près de l'anneau.

L'urine était très rare, le cathétérisme ne donna rien.

On soupçonnait plutôt qu'on ne sentait une tuméfaction derrière la région inguinale gauche.

Je fais la laparotomie, la couleur des anses intestinales n'est pas mauvaise; cependant, légère rougeur.

Le doigt, explorant la face interne des régions inguinales, reconnaît à droite l'anneau qui est libre et dans lequel la phalangette s'engage facilement.

A gauche, au niveau de l'anneau inguinal interne, tuméfaction comme un œuf; en comprimant cette tumeur contre la paroi, j'en fais sortir une anse d'intestin grêle que j'amène dans le champ de l'incision de la laparotomie; l'anse est affaissée, contrastant avec les voisines, avec un sillon peu marqué; outre cette anse, je dégage l'appendice épiploïque que je vous présente, lequel a exactement la forme d'un œuf de pigeon, rattaché à l'S iliaque par un pédicule très grêle que je lie.

Le doigt explore alors l'orifice dont les bords sont très nets, durs, que je puis amener jusque sur la ligne médiane; il y a non seulement le trajet inguinal, mais un sac propéritonéal se développant sur un plan inférieur au canal.

C'était dans ce sac que les viscères de la hernie inguino-scrotale étaient restés étranglés.

Je crois que si j'avais abordé cette opération par l'anneau inguinal externe, j'aurais eu la plus grande peine, et peut-être n'aurais-je pas découvert la hernie.

J'ai le seul regret de n'avoir pu faire la cure radicale, et de lui avoir laissé tous les agents d'étranglement.

Discussion.

M. Berger. Quand je me suis élevé contre la laparotomie appliquée au débridement herniaire, il est bien entendu que j'avais en vue seulement les cas simples; mais il y en a d'autrès, comme celui-ci, où l'incision abdominale peut être fort légitime.

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 23 décembre 1891.

Présidence de M. Terrier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

Vacance.

M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire. Les candidats ont un mois devant eux pour faire valoir leurs titres.

Suite de la discussion sur l'anesthésie par la cocaïne.

M. Quénu. Je pense que ce serait par trop restreindre la discussion que de la limiter à l'usage de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle. L'intéressante communication de M. Berger doit être pour chacun de nous l'occasion d'apporter ici des observations personnelles sur l'emploi de la cocaïne comme anesthésique local, d'autant que, si je ne m'abuse, c'est la première fois que ce sujet paraît devant la Société de chirurgie.

Mon expérience est encore assurément fort limitée, surtout si je la compare à celle de mon collègue et ami Reclus : depuis six mois, en effet, je n'ai guère eu recours à la cocaïne qu'une soixantaine de fois, tant à l'hôpital qu'au dispensaire et dans ma pratique particulière.

Je m'en suis servi pour l'extirpation d'épithéliomas de la face, de lipomes, de loupes, d'adénomes du sein, de kystes synoviaux du poignet, etc., pour des amputations du col, des circoncisions, l'opération d'ongles incarnés, l'ablation de ganglions malades et la cure radicale soit d'hydrocèles, soit de hernies peu volumineuses. Je l'ai enfin récemment utilisée pour rendre moins douloureuses les injections interstitielles de chlorure de zinc pratiquées contre des lésions tuberculeuses diverses.

Je me suis conformé aux conseils que nous a donnés M. Reclus; j'ai fait usage pour mes injections intradermiques et hypodermiques d'une solution au cinquantième ; j'ai évité les piqûres des vaisseaux, et mes doses ont varié de 1 centigramme à 7 centigrammes. Sur mes 60 opérations, j'ai observé trois fois des symptômes d'intoxication cocaïnique; deux fois ils ont été légers, une fois ils n'ont pas laissé que de me donner quelque inquiétude.

Dans un premier cas, j'avais à enlever un ganglion sous-maxillaire chez un jeune malade de 17 ans ; j'injectai doucement 5 centigrammes d'alcaloïde tant dans la peau que dans le tissu cellulaire sous-cutané. A la fin de l'opération, qui dura une dizaine de minutes, le malade fut pris de loquacité et d'une agitation extraordinaire ; il accusait des élancements sous forme d'éclairs dans

les membres ; la face était bouffie, les yeux larmoyants, les massé-ters contracturés. Le pouls demeurait à 80 pulsations, tandis que la respiration s'accélérait notablement. Quelques inhalations d'éther amenèrent un peu de calme ; mais le retour à l'état normal n'eut lieu qu'au bout d'une heure et demie.

Des phénomènes analogues furent observés chez un jeune homme de 22 ans, chez qui je pratiquai la circoncision il y a quelques jours ; la dose d'alcaloïde injectée n'avait été que de 3 centigrammes et demi.

Mais les choses allèrent bien plus loin dans ma troisième observation ; les détails en ont été consignés par écrit à mesure que les symptômes se succédaient devant nos yeux. Mon malade, âgé de 34 ans, teinturier, a été opéré le 18 juillet pour une hydrocèle simple de la tunique vaginale. A 10 h. 15 m., je lui injectai en plusieurs fois 4 centigrammes de cocaïne (solution à 1 pour 50) dans la peau, et 1 centigramme dans la tunique vaginale. Cinq minutes après l'injection, je me mis en devoir de procéder à la cure radicale de l'hydrocèle par excision du sac vaginal. Mais une minute avant le début de l'opération, soit quatre minutes après l'injection cocaïnique, le malade commença à accuser des fourmillements dans les mains et les avant-bras, puis brusquement il devint inquiet, s'affectant de son état et s'attendant à mourir.

Cependant nous opérions son hydrocèle ; mais le malade n'en avait cure et ne se préoccupait que de son état de malaise général. Aux fourmillements dans les membres avaient succédé de véritables douleurs et une impatience complète : les muscles de l'avant-bras, particulièrement les fléchisseurs, étaient contracturés, la masse musculaire fortement en relief, les tendons formant saillie au poignet. Ces douleurs s'alliaient à une anesthésie des membres telle que le patient ne sentait plus ses bras, essayait en vain de les mouvoir, et demandait pourquoi on les lui avait attachés. Jusqu'ici sa respiration n'était que peu gênée, les phénomènes d'excitation cérébrale continuaient à prédominer ; à 10 h. 33 m., soit treize minutes après le début de l'opération, nous l'avertîmes que celle-ci était entièrement terminée ; il ne sembla pas y prendre garde, et c'est à ce moment que les phénomènes d'intoxication s'accentuèrent. La respiration devint brève et saccadée, les battements du cœur irréguliers et énergiques ; le pouls ne parut pas varier beaucoup comme fréquence, les pupilles étaient très dilatées.

A 10 h. 40 m., les accidents s'amendèrent ; les pupilles revinrent à leurs dimensions normales, la respiration se régularisa, les mouvements reparurent dans les doigts et dans les bras.

A 10 h. 45 m., toute contracture avait disparu ; l'opéré resta

dans une sorte d'hébétude; il répondait mal aux questions et accusait des fourmillements dans les membres.

A 11 h. 10 m., les fourmillements dans les jambes disparaissent, les membres ont recouvré tous leurs mouvements ; ils sont toutefois encore entachés de faiblesse ; les phénomènes cérébraux ont cessé, et alors seulement le malade porte son attention sur son opération. A midi 20 m., une faiblesse notable s'observe encore dans les contractions du membre supérieur, et en particulier dans les muscles moteurs de la main et des doigts. J'ajoute, pour terminer, que mon opéré, en aucune façon névropathe, avouait quelques habitudes d'alcoolisme, mais que son état général nous paraissait bon.

En rapportant ces trois faits, je n'ai nullement l'intention de faire le procès de la cocaïne ; je continue à considérer la cocaïne comme le plus commode et le meilleur agent d'anesthésie locale que nous ayons. Je crois bon seulement d'être fort réservé sur les doses à employer.

En parcourant la thèse de Baillet, faite sous l'inspiration de M. Périer, et celles de Delbosc et de Spillman, je vois que couramment, parmi nos collègues, les uns injectent 50 centigrammes, les autres 30 centigrammes dans la tunique vaginale ; il y est même dit que, dans un service, on injecta 1 gramme du principe actif, ce qui suggère à l'auteur cette conclusion, que l'emploi de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle ne présente aucun danger, même avec de fortes doses de 50 centigrammes.

Je sais bien qu'on évacue une partie du liquide ; mais on ne sait jamais, en somme, ce qu'on en laisse, et je pose en principe qu'on ne doit injecter d'alcaloïde dans une cavité que la quantité dont on accepte d'avance l'absorption. Il est vraisemblable que l'absence d'accidents dans les fort nombreuses observations publiées tient à la faible puissance absorbante d'une séreuse épaissie et chroniquement enflammée ; mais nous ne pouvons scientifiquement en déterminer d'avance l'état anatomique ni les propriétés physiologiques. Je ne consentirais donc pas, pour ma part, à dépasser la dose de 10 centigrammes, qui a été donnée comme la dose maniable pour les injections hypodermiques. Pour celles-ci, je me tiendrai au-dessous de ce chiffre. Je réserverai la cocaïne aux opérations qui ne nécessiteront pas une injection de plus de 5 à 6 centigrammes ; pour les autres, j'aurai recours au chloroforme.

M. Schwartz. J'ai fait environ 300 opérations depuis trois ans avec la cocaïne comme anesthésique. J'en ai fait à la face et au tronc, sur les membres, sur la tunique vaginale. Jamais je n'ai eu d'accidents ; mais je dois dire que je n'ai pas dépassé certaines

doses déterminées, et toujours très faibles, pour chaque région : à la face et au tronc, 5 centigrammes ; aux membres, 7 centigrammes, même en appliquant la bande d'Esmarch pour empêcher l'absorption. Une seule fois j'ai vu un accident léger, pâleur, tendance à la syncope, tremblements, chez un homme qui avait des kystes spermatiques et à qui j'avais injecté 10 centigrammes de cocaïne. Je fis rapidement l'évacuation totale du liquide, et tout symptôme inquiétant disparut au bout d'une demi-heure.

Je crois qu'il faut distinguer, au point de vue de la dose, trois régions : 1° à la face et au tronc, où aucun lien constricteur ne peut être appliqué, on doit montrer une prudence excessive et ne pas aller au delà de 5 centigrammes ; 2° aux membres, la bande d'Esmarch est précieuse et donne une sécurité absolue. Kummer (de Genève), dans des expériences sur les animaux, a fait varier l'intoxication en mettant et en supprimant la bande (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1890). On ne doit pas cependant dépasser la dose de 7 centigrammes ; 3° dans les tumeurs des bourses, et dans les hydrocèles en particulier, une grande réserve est encore nécessaire, puisque je vous ai cité un cas d'alerte, sinon d'accident, par la dose de 10 centigrammes.

Y a-t-il pour la cocaïne, comme on l'a dit, des « doses maniables » ? Je le veux bien ; mais ces doses varient beaucoup d'un sujet à l'autre, et c'est là ce qui crée une obscurité, une indécision inévitables.

M. Reynier. Moi aussi, je m'en tiens volontiers aux doses de 4 à 5 centigrammes. Je n'ai pas vu d'accidents, si ce n'est deux fois chez des cardiaques ; il n'y a pas eu de malheur, mais l'alerte a été causée par la dose de 1 centigramme. Une fois, c'était un épithéliome de la lèvre ; l'état du cœur m'avait empêché de donner le chloroforme ; il y eut une syncope, et je dus faire des piqûres d'éther et de caféine. L'autre malade était un membre de ma famille, qui avait une insuffisance mitrale de longue date ; un dentiste lui injecta dans la gencive 1 centigramme de cocaïne ; en descendant l'escalier pour rentrer chez lui, il fut pris de syncope, puis il parut d'abord se rétablir ; mais l'asystolie, dont l'injection de cocaïne paraît avoir été le point de départ, s'accentua rapidement, et il mourut au bout d'un mois.

M. Moty. J'ai souvent injecté, dans l'hydrocèle, 10 grammes de solution au cinq-centième, et j'ai vu que l'anesthésie était suffisante. J'ai fait dans les gencives 5 ou 6,000 piqûres, et je n'ai pas observé d'accidents ; tout récemment, j'ai vu deux syncopes légères suivies de mouvements convulsifs. D'après mon expé-

rience, la concentration du liquide a une influence considérable ; il faut employer des solutions très diluées.

M. Reclus. On sait, depuis longtemps, que la cocaïne est un poison redoutable, et l'observation de M. Berger n'en est qu'une preuve nouvelle. Un seul point, il me semble, est à établir dans la discussion actuelle : la cocaïne possède-t-elle, comme les autres alcaloïdes employés en médecine, des doses *maniables* entre les limites desquelles on peut se mouvoir avec quelque sécurité ; ou bien est-elle une substance inconstante, à effets variables, à réaction incertaine et si infidèle dans ses manifestations qu'il faut la proscrire de la thérapeutique ? C'est à cette question que je voudrais répondre par l'analyse des cas de mort publiés jusqu'à ce jour.

Et d'abord relevons une erreur qui s'est glissée dans la communication de notre collègue : M. Richardière aurait, nous dit M. Berger, pratiqué onze autopsies d'individus empoisonnés par la cocaïne. Ce chiffre énorme nous a tous émus et MM. Labbé et Lucas-Championnière se sont demandé à quel total monterait une statistique générale, si un seul médecin fournissait pour sa part un nombre aussi considérable. Mais M. Richardière n'a pratiqué qu'une autopsie, justement celle du malade de M. Berger, et le chiffre de onze qui a été prononcé se rapporte aux cas de nécropsies connues et faites dans le monde entier. Quant au nombre total des morts, il serait de quinze. Nous atteignons ce chiffre, en ajoutant aux cas que nous avions déjà recueillis, ceux que nous a communiqués M. Richardière, qui prépare sur ce sujet un important mémoire.

De ces quinze cas, nous en écarterons deux de prime abord, celui de Montalti et celui de Thomas, où la mort survint à la suite de l'*ingestion* de 1gr,50 et de 1gr,20 de cocaïne ; outre que ces doses sont vraiment formidables, il s'agit ici d'empoisonnement par la voie buccale, et ces faits ressortissent à la médecine. Nous supprimerons encore trois autres cas où des pulvérisations ont été faites avec une solution de cocaïne sur l'amygdale et sur le pharynx ; les doses du médicament absorbé sont restées inconnues, et nous nous bornerons à dire que la cocaïne est assez dangereuse pour que nous cherchions à savoir, lorsqu'on y a recours, avec quelle dose on sollicite l'organisme. A notre grand regret, nous rangerons dans cette catégorie le cas ou, pour mieux dire, l'anecdote que M. Labbé nous a contée dans la dernière séance ; il ignore la quantité de cocaïne injectée sur la victime.

Restent 9 cas qu'il nous faut analyser. Mais dans cinq d'entre eux nous trouvons que les doses injectées sont de 1,32, 1,25, 1,20,

0,80 et 0,50 centigrammes. Elles sont en vérité tellement élevées que toute discussion nous paraît oiseuse; elles ont provoqué la mort, et nous dirons presque que c'était justice. Viennent ensuite deux cas, celui de M. Berger avec 37 centigrammes environ, et un autre que nous a communiqué M. Richardière, où la mort aurait été provoquée par 22 centigrammes et demi. Certes, pour ma part, je ne pensais pas que de telles quantités pussent amener un tel résultat, et lors de mes premières publications, je considérais que 25 centigrammes étaient à la limite extrême, il est vrai, mais étaient encore dans les doses maniables. La dure expérience de nos collègues nous apprend qu'il n'en est pas ainsi et leur leçon doit profiter. Mais, pour ma part, je n'avais pas attendu ces désastres pour modifier ma pratique.

En effet, je m'étais aperçu que ces doses de cocaïne, que je ne savais pas encore si dangereuses, sont pour le moins absolument inutiles. Il en faut beaucoup moins pour pratiquer, avec l'analgésie la plus complète, des opérations étendues, longues et délicates. Les 10 ou 12 centigrammes que je ne dépasse plus et que j'atteins bien rarement me suffisent pour les cures radicales de hernie et d'hydrocèle, pour l'établissement des anus artificiels, pour l'incision des foyers suppurés de l'appendicite, les ouvertures larges de kystes hydatiques du foie, l'ablation de tumeurs volumineuses, la castration. J'ai pu, avec 12 centigrammes de cocaïne faire, autour d'un lipome du testicule, une incision dont le développement mesurait 57 centimètres et enlever cette énorme masse sans que le malade éprouvât la moindre douleur.

Il n'est donc pas seulement dangereux, il est inutile d'atteindre les 22 centigrammes qui, dans un cas, auraient provoqué la mort. La moitié de cette dose nous suffit, et entre 12 et 22 centigrammes, il nous resterait une assez belle marge pour les idiosyncrasies les plus susceptibles. Mais il existe, contre notre thèse des « doses maniables », deux observations qui, si elles avaient la valeur qu'on leur a prêtée, seraient terriblement embarrassantes. D'abord le cas d'Abadie : il injecte 4 centigrammes de cocaïne dans la paupière d'une femme de 71 ans, qui meurt au bout de cinq heures. Mais, nous dit l'observateur, elle avait la face vultueuse, les lèvres bleuâtres; or l'intoxication par la cocaïne se traduit toujours par une extrême pâleur de la face et par des convulsions qui firent ici complètement défaut. Aussi, lorsque M. Abadie communiqua cette observation à ses collègues, plusieurs conclurent-ils non à une intoxication cocaïnique, mais à une apoplexie cérébrale, d'autant plus probable, dans l'espèce, que trois mois auparavant la femme avait eu une crise analogue et était restée six heures sans connaissance.

Dans le deuxième fait, celui d'un dentiste de Lille, la dose véritable de cocaïne injectée dans la gencive me paraît difficile à déterminer, mais je la tiens pour inférieure à 10 centigrammes; tout à coup l'opérée tombe en syncope et l'on essaye en vain de la ranimer. A l'autopsie, le médecin légiste trouve, enroulée autour du thorax, une double corde à lessive que la victime, fort pusillanime et fort religieuse, avait tellement serrée qu'on ne put insinuer la lame d'un couteau entre elle et les téguments. Aussi admet-on que, dans ce cas, la malade très effrayée avait eu une syncope devenue mortelle grâce aux difficultés particulières que sa « discipline » créait à la respiration. Voilà pourquoi nous écartons ce cas comme le précédent, et en définitive nous ne trouvons pas d'observations authentiques de mort par la cocaïne où la quantité d'alcaloïde soit inférieure à 22 centigrammes.

J'ajouterai que, si ces cas d'intoxication ne me paraissaient pas absolument isolés et dus à des susceptibilités particulières, à des idiosyncrasies absolument exceptionnelles, nous chercherions encore à abaisser notre limite supérieure, qui est actuellement de 10 à 12 centigrammes et nous pourrions y parvenir. La solution à 2 0/0, la seule dont je me serve, donne une analgésie parfaite; avec le contenu de une ou deux seringues de Pravaz, c'est-à-dire 2 à 4 centigrammes, nous insensibilisons entièrement la plupart de nos champs opératoires, et les interventions sont assez rares où trois, quatre, cinq ou six seringues soient nécessaires, c'est-à-dire 6, 8, 10 et 12 centigrammes d'alcaloïdes. Depuis plus de deux ans que nous y avons recours, nous n'avons pas eu la moindre alerte. Malgré cela nous avons fait quelques expériences qui nous autorisent à penser qu'on pourrait encore diminuer les doses de moitié.

Les timides par raison, les prudents de la cocaïne, dont nous sommes, pourraient ne recourir qu'à la solution à 1 0/0 qui, d'après des observations, en petit nombre il est vrai, nous semble suffisante pour assurer l'analgésie. Or, comme nous ne connaissons pas de champ opératoire si vaste qu'on n'insensibilise avec cinq ou six seringues de Pravaz, les doses injectées ne dépasseraient donc jamais 5 ou 6 centigrammes. Je ne pense pas qu'on puisse aller au-dessous. On a prétendu, vous le savez, que les injections d'eau distillée dans le derme produisaient la même analgésie que la cocaïne. J'ai, il y a huit jours, opéré par la cure radicale, un individu atteint d'une double hydrocèle. J'ai injecté, suivant les procédés ordinaires, la solution de cocaïne à 2 0/0 dans la bourse droite, et la douleur a été nulle. Mais la même quantité d'eau distillée, injectée du côté gauche, a peut-être émoussé la sensibilté, mais la souffrance était encore assez vive pour me décider à ne plus recommencer l'expérience.

On peut suivre le progrès que j'ai fait dans le chemin de la prudence : il y a quatre ans j'écrivais dans un mémoire, sur la foi d'autrui, il est vrai, que, pour les hydrocèles, on pouvait introduire dans les bourses de 50 centigrammes à 1 gramme de cocaïne. Cependant, à cette époque, je me contentais, pour ma part, de 20 centigrammes ; une alerte sérieuse m'ouvrit les yeux et, comme les cas d'intoxication légère ou grave se multipliaient dans les journaux, j'abaissai la dose à 15 centigrammes au maximum dans mon premier volume de *Thérapeutique chirurgicale*, pour le réduire à 10 ou 12 dans mon second volume imprimé un an plus tard. La progression a été rapidement décroissante, et peut-être ne m'arrêterai-je pas là.

Encore ferons-nous une remarque importante : dans nos opérations, qui dit cocaïne *injectée* ne veut pas dire cocaïne *absorbée*. Nous poussons, avec l'aiguille de la seringue, une traînée de solution dans l'épaisseur du derme, mais à peine est-elle terminée, dès que nous avons vu la peau blanchir ou au bout d'une minute tout au plus, nous incisons les téguments sur le trajet même de l'injection. Les mailles du tissu sont ouvertes et une grande partie de l'alcaloïde s'écoule au dehors avec le sang. Il faut donc diminuer d'autant la quantité de poison que la circulation apporte jusqu'aux centres nerveux pour les intoxiquer. Il n'est qu'une opération où la totalité de la cocaïne injectée reste dans les tissus : je veux parler de la dilatation anale pour hémorroïdes ou fissure.

Après avoir anesthésié la muqueuse du trajet anal par l'application d'un tampon de ouate hydrophile imbibé d'une solution à 2 0/0, je pousse, dans l'épaisseur du sphincter, par six piqûres équidistantes, le contenu de six demi-seringues de Pravaz d'une même solution à 2 0/0. J'injecte donc 6 centigrammes de cocaïne qui sera totalement absorbée, car aucune incision libératrice ne lui permettra de s'écouler au dehors. J'ai fait une quinzaine de ces opérations à « injections perdues » sans que jamais l'équilibre physiologique de mes malades en ait paru troublé. Néanmoins, par prudence, dans un cas de dilatation anale pour fissure, chez une dame de 70 ans dont un des reins était compromis par une pyélonéphrite calculeuse, j'ai employé la solution à 1 0/0 et j'ai donc injecté 3 centigrammes au lieu de 6. La souffrance éprouvée pendant l'intervention a été presque nulle.

Jusqu'à présent nous n'avons parlé que de la dose à injecter. Il est une deuxième condition qui me paraît aussi importante, le titre de la solution, et sans pouvoir vous en donner une preuve péremptoire, une longue habitude m'a convaincu que, à quantités égales d'alcaloïde injecté, les solutions fortes sont beaucoup moins bien tolérées que les solutions faibles. Autrefois nous nous servions

de solutions à 5 0/0, et, sans dépasser la dose de 10 centigrammes, c'est-à-dire le contenu de deux seringues de Pravaz, nous avons noté quelques légères alertes, pâleur de la face, sueur froide, angoisse précordiale, palpitations de cœur, tendance à la syncope. Maintenant, avec les mêmes 10 centigrammes, représentés non plus par deux, mais par cinq seringues, nous n'avons pas eu, depuis deux ans et pour un nombre d'opérations considérable, le moindre phénomène d'intoxication. Aussi trouvons-nous encore dangereuses les solutions à 5 0/0, malheureusement très usitées. Dans le remarquable article que Lépine a publié sur les intoxications aiguës par la cocaïne, nous voyons que, lorsque le titre de la solution est indiqué, les accidents ont toujours été provoqués par des solutions à 5 et à 10 0/0, trop souvent employées par les dentistes.

Une troisième condition essentielle est de ne pousser l'injection qu'en faisant cheminer par une pression régulière l'aiguille de la seringue au milieu des tissus. En effet, en injectant sur place, on pourrait verser la solution dans une veine si, par malheur, l'aiguille y était entrée, et l'absorption serait, de ce fait, immédiate. Avec notre procédé, si un vaisseau est ouvert, il est rapidement traversé, et la quantité de liquide poussée directement dans le système circulatoire est très faible. C'est en nous conformant à ces trois règles principales et à quelques précautions secondaires sur lesquelles j'ai insisté ailleurs, que j'ai pu, en cinq ans, pratiquer plus de 1600 opérations sans accidents graves, et depuis deux ans plus de 1000 sans la moindre alerte.

M. Championnière. Toutes les fois que cette question de l'anesthésie se présente devant nous, la Société se divise en deux groupes : ceux qui pensent que nous devons taire au public les malheurs provoqués par les anesthésiques, ceux qui veulent, au contraire, qu'on leur donne la plus grande publicité. Je me range parmi ces derniers ; si nous mettions tout au grand jour, nous ne serions pas dans la situation très délicate où nous sommes, et il y a nombre d'accidents qui pourraient être évités.

Je dis que notre situation est embarrassante. M. Reclus déclare que la cocaïne est un poison dangereux, et il écarte le danger par des soins minutieux. Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans la pratique. La cocaïne est dans toutes les mains, et partout on l'emploie sans prudence à des doses élevées. Pour ma part, je ne lui trouve pas une si grande utilité, et je ne m'en sers pas ordinairement; mais on s'en sert dans mon service, mes élèves l'emploient parce qu'ils sont imbus de cette idée que c'est un procédé simple et expéditif. S'il arrive un malheur, je les couvrirai,

comme M. Berger a couvert son interne; mais voyez quelle est notre responsabilité! Ne viens-je pas d'apprendre que, dans mon service, où la cocaïne n'est pas en grand honneur, un de mes élèves en a injecté 1 gramme! Il y a là une situation dangereuse; il faut que tout le monde le sache, il faut que par nos efforts communs nous fassions rentrer la pratique médicale dans les voies de la prudence. Comment y ferons-nous rentrer les dentistes, les ventouseurs qui osent manier la cocaïne, si nous ne donnons pas aux cas malheureux la plus large publicité? A ce point de vue, le moindre fait, la moindre anecdote sont instructifs et ont leur importance.

M. Pozzi. J'ai vu avec satisfaction M. Reclus revenir sur ses idées premières, que j'ai combattues il y a longtemps : alors qu'il recommandait la dose de 20 centigrammes, j'ai écrit dans mon Traité de gynécologie qu'il suffisait d'en injecter 5.

Communication.

Note sur un traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode sclérogène.

Par le professeur Lannelongue (de Paris).

Messieurs, il y a déjà plusieurs mois que j'ai eu l'idée d'employer la méthode sclérogène pour le traitement des luxations congénitales et de celles de la hanche en particulier; j'ai été d'autant plus naturellement conduit à cet essai qu'on peut obtenir expérimentalement, ainsi que je vous le dirai plus loin, la formation de tissu osseux par cette méthode. Ce n'est encore qu'un essai et je n'ai pas de résultat définitif à vous donner; mais j'ai tenu à vous faire assister à l'essai en vous montrant les premières conséquences du traitement, qui sont bien celles qu'on devait attendre. Le but que je me propose est de modifier la configuration du bassin ou plutôt d'élever, au pourtour de ce qui est dans la luxation congénitale la cavité cotyloïde, un talus osseux, une sorte de sourcil devant empêcher la tête de sortir de sa place normale en lui opposant, avec les parties molles qui s'y inséreront, un véritable obstacle.

Loin de moi la pensée d'aborder la pathogénie de cette affection; je me bornerai seulement à faire remarquer, d'après l'examen d'un grand nombre de pièces qui sont dans ma collection de l'hôpital Trousseau, que le plus souvent la cavité cotyloïde est plus ou moins effacée et réduite en étendue. La tête fémorale ne saurait dès lors rester dans un acétabulum insuffisant; elle vient se placer

dans un champ nouveau, soulevant les parties molles voisines qui constituent sa limite périphérique. Ce qu'on appelle la réduction, c'est-à-dire la remise en place de la tête fémorale, est en général facile, au moins dans les premières années; mais comme le cotyle ne présente plus une configuration normale, la tête s'échappe et vient s'appuyer contre une autre région de l'os iliaque. Dans le plus grand nombre de cas, la tête fémorale se porte en arrière et en haut dans la fosse iliaque externe, mais elle peut occuper toute autre place au pourtour du cotyle. Ainsi doit être compris ce que l'on désigne sous le nom de luxation congénitale. Il ressort des nouveaux rapports de la tête fémorale un fait important se montrant surtout dans la variété iliaque, c'est-à-dire dans la variété la plus commune. Le déplacement de la tête fémorale augmente avec la marche; cela résulte de ce que les parties molles ne lui opposent pas une résistance suffisante; la tête, ne venant plus s'appuyer exclusivement contre un plan osseux comme à l'état normal, soulève les parties molles, et peu à peu il se crée autour d'elle un champ articulaire agrandi, plus ou moins vaste d'ailleurs. Le déplacement augmente donc avec le fonctionnement du membre, c'est-à-dire avec la marche, et l'on voit souvent, en clinique, des exemples d'un déplacement médiocre au moment où les jeunes sujets commencent à marcher, auquel succède un déplacement peu à peu plus considérable rendant la marche de plus en plus malaisée. Le but du procédé que j'ai employé est de constituer sur l'os iliaque une surface en rapport avec la tête fémorale et limitée par un rebord osseux aussi saillant que possible; il peut arriver aussi que le procédé provoque un certain degré d'arthrite et épaississe les parties molles, ce qui, loin de nuire au succès, y aiderait au contraire.

Avant de décrire le procédé, qu'il me soit permis de faire, non point un historique de la thérapeutique, mais de rappeler combien est ingrate cette question.

Depuis l'époque déjà lointaine (1826), où Dupuytren déconseilla toute tentative de traitement, il semble que les faits obtenus par les diverses méthodes aient concordé pour donner à son opinion une sérieuse apparence de vérité. Cependant Jules Guérin, et surtout, quelques années après, Pravaz (1847), essayèrent de changer le cours des idées régnantes. Le dernier, par une longue extension continue, dite préparatoire, puis par réductions plus ou moins violentes et réitérées, crut ramener la tête fémorale à sa place normale et l'y maintenir par une longue immobilisation. Les chirurgiens d'alors ne furent pas convaincus; Malgaigne montra que le plus beau cas de soi-disant guérison ne s'était pas maintenu, et la méthode fut à peu près abandonnée.

Le même sort attendait une autre méthode de traitement, née beaucoup plus tard et morte aussi vite, la *décapitation* du fémur, faite par Hüter et Roser, puis vulgarisée par Margary il y a sept ou huit ans. Cette opération était mauvaise pour plusieurs raisons: elle laissait subsister le raccourcissement déjà existant, et elle en créait un beaucoup plus redoutable pour l'avenir en supprimant le cartilage épiphysaire; aussi ne pouvait-elle être proposée que pour les sujets déjà âgés, ce qui était une très mauvaise condition; en outre, elle amenait presquo toujours soit une ankylose, soit plus souvent une articulation peu active.

Hoffa, dans une étude intéressante publiée dans la *Revue d'orthopédie* (1891), a indiqué les résultats d'une méthode de traitement qui consiste à désinsérer les muscles pelvi-trochantériens pour permettre l'abaissement de la tête du fémur, et à créer une barrière à l'élévation du fémur à l'aide d'un lambeau périostique iliaque qu'il décolle et fixe par suture au grand trochanter ou à la capsule. Les quelques résultats publiés semblent heureux, mais ils sont trop peu nombreux pour nous fier sur l'innocuité de l'opération et même sur sa réelle efficacité. D'autre part, on doit se demander si avec la marche le déplacement ne se reproduira pas comme avant l'opération, par insuffisance de résistance du lambeau. En tous cas, je doute que nous trouvions en France beaucoup de parents décidés à laisser pratiquer sur leurs enfants des opérations semblables, et surtout lorsque la difformité est bilatérale. Pour mon compte, j'ai conçu, il y a sept ou huit ans, le projet d'une opération analogue à celle d'Hoffa, mais je l'ai laissée reposer dans mes cartons; après mûres réflexions, j'ai pensé que les petits dangers d'une opération aussi importante devaient être compensés par l'assurance d'une marche parfaite ou à peu près, et je n'ai pas cru que cette opération fût de nature à donner la sécurité, la certitude du résultat désiré.

Je n'ai pas les mêmes objections à présenter à une dernière méthode, celle que Paci nous a fait récemment connaître (1887-1891), et qui consiste dans des manœuvres de réduction analogues à celles qui visent la luxation traumatique, puis dans le maintien de la réduction par les appareils inamovibles; enfin l'extension continue termine l'œuvre. Paci obtient une néarthrose assez mobile. Les résultats qu'il a donnés à ce sujet, une douzaine environ, sont très satisfaisants. Ils sont pour ainsi dire trop satisfaisants, eu égard à la simplicité du moyen employé, qui n'a guère contre lui que la longueur du traitement qui demande de 8 à 10 et 12 mois. En effet, on ne voit pas pourquoi la néarthrose se fait, solide et mobile, ayant en un mot toutes los qualités, tandis que Pravaz, qui plaçait en somme ses malades dans des conditions tout à fait

analogues, n'obtenait pas — du moins, d'après les critiques éclairés qui jugèrent sa méthode — la néarthrose cherchée.

Quoi qu'il en soit, à supposer même que cette méthode soit parfaite, et que les essais qui en seront faits viennent à en démontrer plus complètement les bons effets, je crois qu'il est tout à fait utile de ne pas laisser à la nature le soin de refaire une cavité cotyloïde et qu'il faut l'aider; c'est pour cela que je propose aujourd'hui le procédé dont je viens de parler, qui a le mérite d'être facile à appliquer et d'être dépourvu de tout danger.

Ce procédé consiste à déposer circulairement autour de la cavité cotyloïde présentant les caractères que j'ai indiqués plus haut, un certain nombre de gouttes d'une solution au dixième de chlorure de zinc. L'extrémité d'une longue aiguille cannelée de la seringue de Pravaz est introduite à travers les parties molles jusqu'à l'os iliaque lui-même et là, autant que possible sous le périoste, on dépose la solution. On ne peut atteindre qu'une partie du pourtour du cotyle, à partir d'une ligne verticale passant par l'épine iliaque antéro-inférieure jusqu'à un point placé en arrière du bord postérieur du grand trochanter. De ce côté, on ne doit avoir d'autre souci que le grand nerf sciatique. On peut donc atteindre la région supérieure et toute la région postéro-externe du cotyle, c'est-à-dire plus de la moitié de sa circonférence. Sur ce trajet, j'ai fait sur un enfant de 3 ans *huit piqûres*, et par chacune d'elles, j'ai déposé sur l'os iliaque deux gouttes environ de la solution au dixième. Dans une seconde séance, trois semaines plus tard, j'ai injecté une vingtaine de gouttes en faisant deux étages parallèles de piqûres, l'un au-dessus de l'autre, de manière à étendre la production osseuse. L'enfant a eu, au dire des parents, car je n'ai pu le garder à l'hôpital, de la fièvre à la suite de cette seconde tentative qui a eu lieu le 9 décembre. C'est le résultat actuel que je viens vous montrer; il est remarquable en ce sens qu'on trouve chez cet enfant, au-dessous de la crête iliaque, un bourrelet considérable formant un relief qui soulève les téguments. Ce relief est profond et fait corps avec l'os iliaque; il est dur, inégal et très saillant, il se développe circonférenciellement au-dessus et en arrière du grand trochanter, et forme un bourrelet de plus de 2 centimètres en travers, autant du moins qu'on peut l'apprécier. J'ai essayé timidement d'amener la tête fémorale en arrière, mais j'ai rencontré une résistance qui m'a satisfait, et j'ai cru ne devoir pas insister pour le moment.

Comme complément indispensable de l'opération, j'immobilise la région de la hanche par l'extension continue; dans ma pensée, il est nécessaire de maintenir la tête fémorale en regard du cotyle et cela pendant un temps variable, plus ou moins long, selon

ce qui adviendra du bourrelet osseux que je cherche à créer.

Actuellement, en effet, le résultat paraît excellent, mais il pourra devenir fort médiocre et même peut-être nul. L'avenir seul nous éclairera sur ce point.

Pourtant il importe de savoir que, par la méthode sclérogène, on obtient au moins expérimentalement la production d'os nouveau dans d'assez fortes proportions. C'est là un fait intéressant qui ressort de l'expérience suivante et qui pourra trouver d'autres applications en dehors de celles que j'en ai faites à la luxation congénitale de la hanche. Sur un lapin adulte, j'ai déposé à la surface de l'extrémité inférieure de la diaphyse du fémur une goutte de solution de chlorure de zinc au dixième.

Un mois après, je sacrifiais l'animal, et vous pouvez constater, d'après ce dessin, la différence entre les deux femurs. Celui qui a été expérimenté est beaucoup plus volumineux dans le tiers inférieur de sa diaphyse; il est inégal; son épaisseur est plus grande, et, à la coupe, il y avait une ostéite, production interstitielle allant jusqu'au canal médullaire. Et cependant, on n'avait fait que déposer le médicament à la surface de l'os. Cela s'explique par l'action sclérogène du remède sur les vaisseaux, action qui s'étend à distance et qui amène dans les organes les modifications nutritives aboutissant à la sclérose.

Il est probable que, sur un animal jeune et sur un os en voie de croissance, la néoformation osseuse eût été plus considérable encore.

Quoi qu'il en soit, ce sont ces faits expérimentaux qui m'ont déterminé à chercher la guérison de la luxation congénitale de la hanche autrement qu'on ne l'avait fait. L'affection présentant une malformation du cotyle, j'ai cherché à compléter la cavité en faisant autour d'elle un rebord abrupt et saillant, susceptible de s'opposer au déplacement de la tête, et plus ou moins comparable d'ailleurs au sourcil cotyloïdien. Il n'est pas inutile de dire qu'on devra chercher à produire la néoformation le plus près du cartilage d'encroûtement; là, d'ailleurs, la production osseuse sera probablement plus importante.

Enfin il n'est pas jusqu'à l'épaississement des parties molles au niveau du point injecté qui ne puisse contribuer à former une barrière utile.

Voici maintenant un résumé très succinct de l'observation :

Observation. — *Luxation congéniale de la hanche (variété iliaque) traitée par la méhode sclérogène et l'extension continue.*

Élisabeth Suquet, 3 ans, fille unique de parents bien portants, n'a eu aucune maladie jusqu'ici. A commencé à marcher à quinze mois; on

s'aperçoit alors que le membre inférieur droit est plus court que le gauche.

État actuel. — Membre inférieur droit offrant deux centimètres passés de raccourcissement, grand trochanter droit saillant, fesse de ce côté élargie ; le bord supérieur du trochanter dépasse de 2 centimètres et demi la ligne Nélaton-Roser. Démarche caractéristique de la luxation. Quand on fléchit la cuisse, en même temps qu'on cherche à placer le membre dans l'abduction et la rotation en dehors, on est arrêté ; au contraire, quand on place le membre dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans, on va très loin et la tête fémorale apparaît très superficielle en haut et en arrière sous les fessiers, qu'elle soulève.

17 *novembre.* L'enfant est endormie ; on fait huit injections de deux gouttes chacune environ, d'une solution de chlorure de zinc au dixième, suivant une ligne courbe concave en bas et en dedans, au-dessus du point qui paraît correspondre au cotyle ; la pointe de l'aiguille ne s'arrête qu'à l'os iliaque, qui est légèrement gratté au niveau de chaque piqûre.

Quelques douleurs dans la journée, pas de fièvre.

6 *décembre.* En soulevant l'enfant sous les aisselles sans qu'il touche le sol, on voit se dessiner au niveau de la région traitée un gonflement profond qui soulève la peau, gonflement dur adhérent à l'os, inégal, en demi-cercle.

9 *décembre.* Même aspect des parties ; on cherche doucement à reproduire la luxation, on est arrêté, mais on n'insiste pas. On fait deux séries d'injections, l'une au niveau des premières, l'autre parallèlement à celle-ci, mais à un centimètre au-dessus et parallèlement. On injecte 20 gouttes de la solution en tout. L'enfant a eu de la fièvre pendant deux jours, d'après les parents. Le 16 décembre, on trouve un gros empâtement local dur, adhérent, faisant bourrelet. Ce bourrelet profond se dessine circonférenciellement au-dessous de la crête iliaque ; il a plus de 2 centimètres en travers, les parties molles profondes paraissent tuméfiées à son niveau. L'enfant est soumis en même temps à l'extension continue afin d'immobiliser la jointure, ou plutôt afin d'empêcher par un mouvement inconsidéré la tête du fémur de ressortir en arrière et de se luxer de nouveau.

Discussion sur les effets de la méthode sclérogène dans les ostéo-arthrites tuberculeuses.

M. Lannelongue. Messieurs, j'ai vu avec satisfaction que vous aviez mis à l'ordre du jour de vos travaux la discussion sur la méthode sclérogène ; je suis persuadé, en effet, que la lumière sortira de vos discussions et je ne puis que remercier mes collègues qui ont bien voulu expérimenter la méthode que j'ai préconisée et désignée sous le nom de méthode sclérogène. Je suivrai donc avec sollici-

tude votre discussion et je me permettrai de vous donner, si vous le voulez bien, los résultats de mon expérience.

Aujourd'hui, je vous ai amené pour vous les présenter, deux types différents d'ostéo-arthrites, l'un du poignet, l'autre du genou. Ces deux types ayant été traités il y a six mois environ, vous pourrez juger des résultats obtenus : le genou qui a eu une synovite fongueuse avec du pus dans l'articulation, marche depuis cinq mois environ toute la journée et ne boite pour ainsi dire pas. Tous les malades que j'ai traités sont guéris ou vont très bien ; pas un ne fait exception, et je n'ai pourtant pas choisi mes cas. La plupart n'ont pas quitté l'hôpital, et leur état général, bien qu'ils n'aient eu ni la mer ni la campagne à leur disposition, est excellent ; ce qui, entre parenthèses, établit l'utilité qu'il y a traiter et à guérir les lésions locales pour refaire promptement la constitution des sujets.

J'aurais pu entreprendre le traitement d'un très grand nombre d'enfants, mais je n'ai pas voulu le faire, croyant qu'il importe actuellement surtout de suivre ceux dont j'ai commencé la cure (qui constituent d'ailleurs un total respectable), et de savoir ce qu'ils deviennent et si leur guérison se maintient. Je veux pouvoir dire exactement l'état de chacun de ces sujets dans un an, dans deux ans, etc. Or, pour cela il faut savoir ne pas trop embrasser, et d'ailleurs une masse énorme de faits en apprendrait moins peut-être qu'un nombre restreint suivis avec soin.

Le premier sujetqueje vous soumets est le nommé Bérouin, âgé de plus de dix ans maintenant ; son observation a été publiée *in extenso* dans mon mémoire de l'Académie (1891). Il était atteint d'une synovite fongueuse suppurée du genou droit, avec un gros abcès tuberculeux au niveau du cul-de-sac supérieur en dedans, abcès communiquant avec la cavité articulaire. Son traitement a commencé le 1er juin, et l'intervention active a fini le 10 du même mois. On a fait d'une part des injections modificatrices, et on a ajouté plus tard l'arthrotomie avec grattage du cul-de-sac supérieur; cette dernière chose eût peut-être pu être évitée.

Quoi qu'il en soit, à la fin de juin tout était cicatrisé, et le sujet a commencé les mouvements dans son lit dans les premiers jours de juillet. Il s'est levé à la fin de juillet, et il marche depuis cinq mois environ toute la journée. C'est à peine si on remarque un faible degré de claudication. Le genou est sec et a le meilleur aspect, ainsi que vous pouvez le constater ; il n'y a plus trace de fongosités.

Le second sujet que je vous présente est un type clinique différent du précédent. C'est un garçon âgé de onze ans; son observation n'a pas été publiée. Il avait une ostéo-arthrite du poignet droit,

compliquée d'un abcès antérieur gros comme une noix, et de volumineuses fongosités des gaines dorsales des extenseurs et des gaines des fléchisseurs. M. Jalaguier, qui me l'envoya, le considérait comme un mauvais cas, et M. Félizet, qui le vit, en faisait un cas d'amputation. Voici d'ailleurs quel était son état le 26 juin dernier ; la maladie datait alors de plus de deux ans. En arrière du poignet le gonflement est très accusé ; il ne permet pas de reconnaître les saillies osseuses. En haut le gonflement fongueux remonte jusqu'au quart inférieur de l'avant-bras, et il commence là par un bourrelet brusque saillant de plus d'un demi-centimètre ; la limite inférieure du gonflement dorsal se trouve à l'union du tiers supérieur du métacarpe avec le tiers moyen ; le bourrelet terminal surplombe la main de plus d'un centimètre. Dans ces limites la peau est soulevée par des fongosités qui la distendent, qui sont très molles et qui remplissent les gaines des extenseurs des doigts.

En avant, la limite supérieure est à peu près la même qu'en arrière, mais les fongosités descendent dans la paume de la main. Les éminences thénar et hypothénar ne dépassent plus le plan de la région moyenne ; la paume de la main a la forme d'un battoir.

Les bords du poignet sont très élargis, et cette région du corps a un aspect cylindrique. Enfin on trouve un abcès du volume d'une noix sur la région médiane et antérieure du poignet.

L'enfant porte sa main et ne permet pas qu'on y touche ; le moindre ébranlement réveille une douleur vive. Il existe une douleur très vive à la pression sur le radius. Les mouvements de flexion du poignet pourraient être accomplis, car le poignet semble comme disloqué ; les doigts ne peuvent être fléchis, ils sont effilés et très amaigris. Atrophie très grande de l'avant-bras et du bras, ganglions axillaires volumineux. L'enfant a aussi des ganglions engorgés dans l'autre aisselle, et il présente enfin des adénites cervicales tuberculeuses multiples.

Le 2 juillet, on a commencé le traitement ; on a fait six injections en arrière, de 3 gouttes chacune (sol. au 1/10), le long des fongosités et profondément, trois en haut, trois en bas ; on a fait aussi des injections sur le radius principalement, et enfin, après avoir ponctionné et lavé l'abcès à l'eau stérilisée, on a injecté le pourtour de l'abcès avec la même solution.

Le 5 juillet, on incise l'abcès antérieur devenu phlegmoneux. Le 28 du même mois, on découvre en arrière une collection qui a paru être un épanchement sanguin, du volume d'une petite noix ; on la comprime et elle disparaît.

La transformation des fongosités paraît complète.

A partir de ce moment on fait de la compression, tantôt avec de la ouate, tantôt avec de l'amadou, et il ne survient qu'un petit abcès

dorsal gros comme une noisette, qui a été ouvert le 10 octobre ; il a été difficile de dire si cet abcès était tuberculeux ou s'il provenait uniquement d'une injection.

Quoi qu'il en soit, à partir du mois de septembre on a permis les mouvements du poignet et de la main, et on a commencé à électriser les muscles de l'avant-bras ; à cette époque l'enfant ne souffrait plus, et la transformation des fongosités en un tissu dur et dense paraissait complète.

Actuellement le membre reprend peu à peu sa forme ; les muscles du bras et de l'avant-bras se refont. Le poignet a la plus grande partie de ses mouvements. Les doigts se fléchissent suffisamment pour que le malade puisse tenir les objets, et le pouce lui-même se fléchit en partie et s'oppose, ce qui était impossible avant le traitement. La main reprend sa forme normale. En somme, à l'heure actuelle, on constate la transformation fibreuse des fongosités synoviales et des gaines tendineuses ; sur le dos de la main, l'état fibroïde est remarquable. En même temps les fonctions de la main et des doigts reparaissent et vont en augmentant à mesure que le tissu fibreux, par le fait des mouvements, devient plus lâche, c'est-à-dire plus celluleux.

L'apparence de l'enfant est excellente, et pour donner une idée de son état général il n'y a qu'à indiquer les changements de poids pendant son séjour à l'hôpital qu'il n'a pas quitté depuis son entrée. Poids : 1er juillet, 26 kilogrammes ; 2 septembre, 27 kilogrammes ; 22 décembre, 28kg,500.

Ces deux faits me paraissent ne pas devoir comporter de commentaires, et je vous prie, Messieurs, de vouloir bien examiner par vous-mêmes l'état de ces deux sujets.

Communication.

Sur l'ouverture des grands abcès du foie,

Par le Dr J. Fontan (de Toulon), membre correspondant.

L'ouverture large avec traitement antiseptique des abcès du foie n'est plus en question aujourd'hui.

Depuis une dizaine d'années, il a été apporté soit à la Société de chirurgie, soit à l'Académie de médecine, soit dans les congrès, assez d'observations de vastes abcès guéris par cette méthode, pour qu'il n'y ait plus aucune contestation sur la nécessité d'y recourir. Seule la question de l'opportunité reste difficultueuse, à cause de l'obscurité fréquente du diagnostic.

Toutefois l'ouverture elle-même et le traitement consécutif peuvent être exécutés avec certaines diversités de détail qu'il est bon de signaler.

Avant de vous dire quelle est la pratique que j'adopte, permettez-moi d'exposer les conditions physiques d'une bonne évacuation du pus, suivant les divers points par lesquels on peut avoir accès sur l'organe malade.

1° La voussure est apparente au-dessous du rebord costal, c'est le cas le plus favorable. L'incision large faite le long du bord des cartilages costaux arrivera facilement sur le point le plus saillant de l'abcès, qui aura été reconnu préalablement par le trocart. Mais il faut se garder de placer l'incision trop au-dessous du bord des côtes, car le foie, alors même que la fluctuation se ferait sentir plus bas que cette région, le foie, dis-je, remonte aussitôt après l'évacuation du pus, et tend à se cacher sous le thorax. Les adhérences elles-mêmes ne sont pas un obstacle à ce déplacement, qui s'accomplit brusquement sous l'œil du chirurgien au moment de l'opération, et se complète graduellement les jours suivants. Il résulte de ce fait : 1° que, le parallélisme détruit, le pus s'écoule plus difficilement et tend à s'infiltrer dans les plans pariétaux, et même dans la cavité péritonéale; 2° que la cicatrice ainsi formée par la suite tiraille sur le foie et provoque des douleurs. J'ai été témoin plusieurs fois de ce fait.

Il est donc indispensable de placer l'incision aussi haut que possible, dût-elle mettre à nu les derniers cartilages, que l'on a du reste proposé de réséquer.

L'incision doit être beaucoup plus large que dans le procédé dit de Stromeyer-Little. Surtout elle doit être presque aussi vaste sur le foie lui-même que dans les couches pariétales. Dans le procédé des médecins de Shang-Haï, que l'on a, sans raison aucune, décoré en France du nom de méthode de Little, l'incision infundibuliforme, assez large à la peau, aboutissait à une section étroite sur le tissu hépatique. Quand cette ouverture était jugée trop exiguë, une pince qu'on y introduisait et qu'on ouvrait en la retirant, servait à la distendre quelque peu. Une semblable pratique expose à laisser une vaste cavité à peine ouverte par un goulot étroit, et qui ne se trouve jamais placé au point déclive. L'exploration de la cavité avec l'indicateur de la main gauche permet tout d'abord d'établir dans quel sens elle se prolonge. Un débridement fait avec le bistouri boutonné, sur le doigt conducteur, donne au pus une issue aussi large et aussi déclive que possible.

C'est surtout sur le côté externe que la nécessité de ce débridement s'impose, mais il faut avant tout s'assurer de l'étendue des culs-de-sac latéraux. L'ouverture de la glande hépatique doit

mesurer de 6 à 8 centimètres quand l'incision cutanée est de 8 à 9 centimètres.

La question des adhérences, qui a tant préoccupé les chirurgiens, est maintenant secondaire, à cause de l'antisepsie d'une part, et d'autre part de l'élasticité des parois abdominales, qui suivent en somme le retrait du foie. Du reste, le péritoine étant une cavité virtuelle, à défaut d'*adhérence* il y a toujours *adhésion* des surfaces séreuses.

L'opération pratiquée de cette façon devient une véritable *laparotomie*, et comporte tout l'appareil de l'antisepsie la plus rigoureuse.

2° Dans un second ordre de faits, la présence du pus se manifeste en un point plus élevé, ou plus à droite, et nécessite l'incision dans un espace intercostal. On observe alors ordinairement le rétrécissement de la plaie par suite du rapprochement des côtes, et l'on ne peut éviter les accidents de la rétention du pus. Le drain lui-même ne suffit pas à maintenir la béance de l'orifice, et il vaut infiniment mieux réséquer 8 centimètres d'une côte. Il faut d'abord s'assurer si aucun de ces os n'est malade, afin de faire porter l'excision sur l'os atteint. Il m'est arrivé ainsi de réséquer les deux dernières côtes nécrosées, pour atteindre un abcès du foie qui s'était ouvert dans la région lombaire.

Mais en dehors de la question des côtes malades, quand la partie du foie à ouvrir est cachée par la paroi thoracique, je pose en principe qu'il faut réséquer au moins une portion de côte saine. Ce sera le plus souvent sur la huitième côte, en dehors de la ligne du mamelon, que portera cette opération.

On aura ainsi un espace suffisant pour traiter un abcès de la portion convexe.

A ce niveau, l'ouverture d'un abcès du foie se fait évidemment par un trajet transpleural, et la conduite du chirurgien à l'égard de la plèvre est discutable. Si le sillon pleural costo-diaphragmatique est comblé par des adhérences, l'incision doit se faire hardiment à travers le diaphragme jusqu'au foie. Si les adhérences pleurales n'existent pas, on se trouve en présence d'une cavité qui offre d'autres conditions mécaniques et physiologiques que celles du péritoine. Virtuelle tant que l'intégrité du thorax est maintenue, la cavité pleurale appelle immédiatement l'air extérieur quand le thorax est ouvert au dehors, comme elle appelle le pus quand un abcès se fraye un passage du foie à travers le diaphragme. Or, ce double fait est imminent si, pour atteindre l'abcès du foie, le bistouri traverse de propos délibéré l'espace intercostal, la plèvre libre et le diaphragme.

J'ai observé récemment un fait semblable : l'incision placée haut

dans le huitième espace, sans résection de côte, incision qui donna lieu à l'issue d'une grande quantité de pus hépatique, amena immédiatement la production d'un pneumothorax et ensuite d'une pleurésie. Ces deux complications se sont, il est vrai, la première surtout, dissipées assez rapidement.

La suture des deux feuillets de la plèvre avant l'ouverture du foie me paraît donc indispensable dans le cas de persistance de la cavité costo-diaphragmatique. Cette manœuvre sera de beaucoup facilitée en commençant par la résection d'un bon fragment de la huitième côte.

Ainsi, et c'est le point essentiel que je retiens pour le moment, dans tous les cas, une ouverture *très large* doit être pratiquée afin que l'abcès ne ressemble pas par la suite à une bouteille ayant en haut un goulot étroit, et recélant dans son bas-fond une lie que rien ne pourrait déplacer.

Mais alors même que l'on aura fait une ouverture large ou que l'on aura placé un gros drain double adossé en double canon de fusil, comme pour la vessie, obtiendra-t-on une extraction facile et complète des détritus qui encombrent un abcès du foie ? A mon avis on peut faire plus et mieux. Cette lie, en effet, n'est pas seulement formée d'un pus épais et de quelques grumeaux fibrineux. Elle est le résultat de la liquéfaction du tissu hépatique nécrosé. Les grands abcès du foie procèdent tous d'une nécrose plus ou moins circonscrite, ou en foyers multiples, et nous savons par nos études d'anatomie pathologique et de pathologie expérimentale, que ces territoires sont frappés de mort par des embolies microbiennes provenant de l'intestin ulcéré. Dans les abcès du foie dysentériques, j'ai toujours pour ma part trouvé dans le foie les caractères de la nécrose par embolie, et dans le pus la présence du staphylocoque pyogène. Or, ces territoires nécrosés ne se transforment pas d'emblée en un pus fluide et bien lié. Le premier liquide qui s'y forme n'est même pas du pus, mais bien un déliquium où le tissu hépatique est représenté par tous ses éléments ; c'est dire qu'il y reste des fragments de gaines vasculaires effilochées, des lambeaux conjonctifs, des lobules mortifiés, etc.. Ces effilochures sont souvent adhérentes à la paroi de l'abcès, et l'intérieur d'une cavité semblable est ainsi revêtu de prolongements nécrosés en voie de fonte putride, mais qui, comme le tissu cellulaire d'un phlegmon diffus, exigeront encore de longs délais pour être totalement éliminés.

Dans ces cas, les plus ordinaires que nous présente la clinique, l'ouverture même large, le drainage, et les lavages antiseptiques ne nous donnent guère plus de succès que de revers.

Je me suis informé si le *curetage* de l'abcès ne nous assurerait

pas des résultats plus satisfaisants. Il s'agit bien entendu d'un curetage modéré, exécuté avec une curette pou tranchante, et surtout contrôlé et aidé par l'indicateur de la main gauche. L'indicateur gauche introduit dans la cavité l'explore tout entière, reconnaît les culs-de-sac, et indique les débridements possibles. Puis il guide la curette dans les anfractuosités, l'applique en quelque sorte sur les parties à gratter. En d'autres points le même doigt sert de soutien à des franges de tissu nécrosé que la curette amincit ou résèque, de telle sorte que, dans cette manœuvre, le doigt sert de mors mousse à une sorte de pince-ciseaux dont la curette est le mors tranchant.

Des lavages pratiqués simultanément entraînent des détritus en abondance, et ces manœuvres combinées de curage et d'irrigation sont terminées quand le liquide ressort clair ou simplement teinté de sang.

On ne manquera pas de faire à cette pratique une objection sérieuse basée sur la crainte de l'hémorragie. J'y réponds en répétant que la curette employée est à peine tranchante, que je la conduis avec la plus grande modération et que le doigt me renseigne à tout instant sur la nature des tissus que l'instrument attaque. Jamais il ne faut porter la curette sur des parties ayant la consistance normale ou simplement indurée. En se bornant à puiser dans la boue chocolat visqueuse qui est déposée au fond de l'abcès, et à détacher les parties flottantes mollasses déjà macéréos qui en tapissent les parois, on n'ouvrira aucun vaisseau important.

Dans les deux derniers abcès du foie que j'ai eu à traiter, j'ai employé cette méthode, et je n'ai eu aucune hémorragie. A la fin, l'eau injectée est sortie fortement teintée de rouge, mais elle est devenue claire en continuant l'irrigation pendant un instant. J'ai obtenu, dans les deux cas, une cessation si immédiate de la fièvre, une disparition si prompte des grumeaux putrides et des troubles digestifs, que tous mes camarades, habitués à voir *traîner* les abcès du foie, même bien opérés, en ont été surpris. Enfin ces deux opérés ont guéri dans des conditions excellentes et dans un laps de temps inaccoutumé.

Le premier de ces malades était un soldat arrivant du Tonkin dans un état pitoyable, atteint d'une dysenterie chronique, et présentant encore des selles raclure de chair. Quoique d'une haute stature, il pesait 44 kilogrammes. Un abcès du foie s'était ouvert dans les bronches depuis deux mois, et une expectoration roussâtre et fétide amenait une évacuation incomplète de la cavité hépatique. Fièvre quotidienne oscillant autour de 39°. L'évacuation bronchique insuffisante, la voussure, l'écartement des 7me et 8me espaces intercostaux, un peu de douleur, me décidèrent à pratiquer à ce

niveau une large ouverture, avec résection de côte. Le sillon costo-diaphragmatique était comblé. Une section de 8 centimètres fut faite sur le foie. Il s'écoula un litre de pus chocolat.

La cavité fut alors explorée et curetée comme je l'ai indiqué. Je pus me rendre compte avec le doigt que j'étais bien dans la poche, qu'un goulot faisait communiquer avec les bronches. Par contre, le plan inférieur de l'abcès était fermé par une cloison mince, fluctuante, que mon doigt déchira, ce qui donna lieu à l'irruption brusque d'une nouvelle quantité de pus un peu différent de couleur. Il y avait donc deux abcès voisins.

Le curetage et le lavage terminés, il n'y eut pas d'hémorragie ; on plaça deux gros drains.

Les jours suivants, l'eau du lavage ne ramenait que quelques grumeaux sans odeur. Bientôt il n'y eut plus qu'un peu de pus lié ; le dernier drain fut retiré le 30me jour, la cavité hépatique étant comblée. La plaie des téguments fut cicatrisée du 40me au 45me jour. L'homme sortit guéri après 2 mois de séjour à l'hôpital.

C'est là une rapidité de guérison absolument rare, quand on connaît l'état dans lequel la dysenterie chronique et l'hépatite suppurée mettent les malheureux revenant des pays chauds.

Le second cas a trait à un homme surmené, qui, sans avoir jamais habité les pays chauds, mais seulement le littoral méditerranéen, était atteint d'hépatite suppurée consécutive à une dyspepsie. L'abcès se forma brusquement avec un appareil violent de fièvre et de douleur. Malgré l'incertitude des antécédents, le diagnostic se posa catégoriquement, grâce à la douleur et à la voussure sous le rebord costal.

Après une ponction exploratrice qui donna issue à du pus chocolat, je fis une incision de 8 centimètres le long du bord des cartilages costaux, et je dus diviser une épaisseur de 3 centimètres au moins du tissu hépatique pour arriver au pus.

Issue d'un 1/2 litre de liquide roussâtre mêlé de fragments nécrosés. Le paroi de l'abcès est friable, anfractueuse, et hérissée de franges en voie de désagrégation. Le curetage est conduit suivant les règles indiquées. — Irrigations boriquées. — Écoulement d'une petite quantité de sang. — Mise en place de deux gros drains et de gaze iodoformée. Les suites furent excellentes ; aucune fièvre. L'abcès étant comblé, on retira les drains le 18me jour, et en moins d'un mois, la plaie cutanée fut entièrement cicatrisée.

Telle est la pratique à laquelle je me suis arrêté dans ces derniers temps, et qui me paraît faire bénéficier des progrès de la chirurgie moderne une maladie dont le pronostic est encore resté si grave. Ma manière de faire n'est en effet que l'application aux

abcès du foie des excellents procédés opératoires admis partout dans la chirurgie abdominale. Elle se résume en trois temps :

1° Laparotomie antiseptique, ou pleurotomie avec résection de côte, suivant les cas.

2° Incision large de la glande hépatique ;

3° Exploration, curetage et irrigations.

Discussion.

M. Pozzi. La méthode préconisée par M. Fontan est depuis longtemps adoptée en Égypte, et notamment à Alexandrie. Je l'ai vu mettre en pratique dans un voyage récent que j'ai fait à Athènes. Lorsque j'ai demandé quel était le but de ce curage des abcès du foie, on m'a répondu que la curette ouvrait parfois une seconde poche inaperçue. J'estime que cet avantage ne compense pas les inconvénients qui peuvent résulter de l'action de la curette sur un tissu friable : hémorragie, ouverture des voies biliaires. De deux choses l'une, ou on promène légèrement la curette dans la cavité de l'abcès, et je n'en vois pas bien l'utilité ; ou l'on fait un curage véritable, et alors on s'expose aux dangers que je viens d'indiquer.

J'accepte la résection costale comme créant une voie large qui permet d'opérer à l'aise et d'éviter la plèvre ; mais sur le curage de l'abcès, je fais toutes mes réserves. Le tamponnement iodoformé me paraît de beaucoup préférable.

M. Fontan. Je connaissais les travaux de Zancarol ; il parle de résection, mais je ne crois pas qu'il fasse allusion au curage. Quand on a l'habitude de ce procédé, on apprécie bien avec la curette la nature des tissus, on respecte le parenchyme hépatique, on enlève seulement les tissus nécrosés, et cette élimination nous permet de lutter avec avantage contre l'épuisement septique dont nos malades sont menacés.

Présentation de malade.

M. Moty présente un malade qui a subi la *résection de la hanche* pour sarcome, et sur lequel il a observé les principaux faits signalés par les auteurs : origine traumatique du sarcome sous-périostal, suppuration inévitable de la cavité cotyloïde après la résection, etc. Le moignon a une forme excellente et la guérison semble parfaite.

Élection du bureau pour l'année 1892.

MM.	Chauvel, *président*	24 voix sur	24 votants.		
	Périer, *vice-président*	23	—	24	—
	Bouilly, *premier secrétaire*	24	—	26	—
	Kirmisson, *deuxième secrétaire*	19	—	23	—

Sont réélus par acclamation :

MM. Schwartz, *trésorier*.
Reclus, *archiviste*.

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

Séance du 30 décembre 1891.

Présidence de M. Chauvel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Lettre de M. Brun, s'excusant de ne pas assister à la séance

3° Lettre de M. Terrier, demandant un congé de quinze jours;

4° Lettre de M. Picqué, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire ;

5° Lettre de M. Dechaux (de Montluçon), demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national, et envoyant huit brochures à l'appui de sa candidature.

Suite de la discussion sur l'ouverture des grands abcès du foie.

M. Monod. Notre collègue M. Fontan nous a, dans notre dernière séance, fait une communication sur le traitement des abcès du foie, dans laquelle il conseille, après l'ouverture de la collection, de pratiquer le curetage des parois de la cavité.

M. Pozzi a fort bien fait remarquer à M. Fontan que cette pratique pouvait être dangereuse ; j'ajoute qu'elle est inutile.

Il me paraît absolument démontré par les nombreuses observations aujourd'hui publiées qu'il suffit, dans les abcès du foie, d'assurer le libre écoulement du pus par une large incision, suivant le procédé de Stromeyer-Little, pour obtenir une bonne guérison, à condition que l'on n'opère pas trop tard, et surtout, dirai-je, que la collection soit unique, qu'il n'en existe pas une seconde et parfois une troisième qui échappent aux recherches du chirurgien ou qui soient inaccessibles aux moyens d'intervention dont il dispose.

J'ai pu recueillir récemment deux observations d'abcès du foie qui me paraissent venir à l'appui de cette manière de voir. Je vous demande la permission de les résumer brièvement.

Le premier cas est celui d'un jeune officier (29 ans), revenant du Tonkin, auprès duquel j'étais appelé l'an dernier par notre excellent collègue M. le Dr Bois (d'Aurillac).

Je me trouvai en présence d'un malade singulièrement épuisé par une diarrhée qui datait d'un an. Depuis trois mois, il se plaignait d'une douleur dans la région du foie, à laquelle avait rapidement succédé une tuméfaction sur la nature de laquelle on ne pouvait guère avoir de doute. Le foie tout entier était volumineux; il débordait largement le rebord costal ; dans les points où il était accessible, il présentait une rénitence douloureuse, sans fluctuation nette. L'aspect général du malade était celui d'un cachectique : amaigrissement considérable, teint terreux, état fébrile habituel, inappétence absolue.

Je confirmai le diagnostic d'abcès du foie posé par le Dr Bois et fis, séance tenante, avec les précautions antiseptiques qui sont de rigueur en pareil cas, une ponction, immédiatement suivie de l'incision large de la collection. L'ouverture avait été faite sur la paroi abdominale à un travers de doigt au-dessous du rebord costal, en un point où il existait probablement des adhérences entre les parois de l'abcès et le péritoine pariétal; je n'ai pu cependant, au cours de l'opération, vérifier le fait.

Le pus qui s'écoula était un pus verdâtre, phlegmoneux, non

fétide; sa quantité, considérable, put être évaluée à plus d'un litre. Je me contentai de faire avec de l'eau phéniquée faible un lavage abondant de la poche ; je plaçai deux gros drains pénétrant dans la cavité; pansement antiseptique et bandage de corps.

Les suites de cette opération furent des plus simples. Un mois après, le Dr Marty (de Saint-Cernin), chargé du traitement consécutif, m'écrivait que les drains avaient été promptement raccourcis, puis enlevés, et que le malade, en bonne voie de guérison, commençait à se lever. Au bout de six semaines, la plaie était complètement fermée. J'ai eu récemment des nouvelles de mon opéré qui, entièrement rétabli, a repris son service militaire.

Ce fait ne présente aucun intérêt particulier ; il vient s'ajouter à ceux qui établissent l'excellence de la méthode de Stromeyer-Little pour le traitement des abcès du foie. Il montre de plus que l'on peut obtenir une bonne et prompte guérison sans aucun curetage des parois de la collection. Le lavage de la cavité et un bon drainage suffisent.

Ma seconde observation établira que le même traitement, appliqué dans des circonstances en apparence exactement semblables, peut aboutir à un échec.

Mon collègue et ami M. le Dr Brissaud me priait de voir, dans son service à Saint-Antoine, un homme âgé de 24 ans, chez lequel il soupçonnait l'existence d'un abcès du foie.

Ce malade, comme le précédent, revenait des colonies, d'où il avait rapporté une diarrhée incoercible. Il se présentait à nous avec un foie volumineux et douloureux et un état fébrile de type rémittent à grandes oscillations ; il y en avait assez pour admettre l'existence d'une collection hépatique. Le malade était de plus amaigri, pâle et d'aspect cachectique, manifestement épuisé par la fièvre et par la diarrhée.

Le foie faisait à l'épigastre une saillie visible, douloureuse au toucher. C'est à ce point que, le 10 octobre, en présence du Dr Brissaud, je fis trois ponctions exploratrices, l'une sur la ligne médiane, les deux autres à droite et à gauche de la précédente ; toutes les trois sans résultat. Au moment de renoncer à toute intervention, je tente une dernière ponction, pénétrant en plein dans le lobe droit du foie, à travers le 6e espace intercostal, un peu en arrière de la ligne du mamelon. Du pus, cette fois, pénétra dans le corps de pompe de l'aspirateur. Aussitôt, sans retirer le trocart, et me guidant sur lui, je pratiquai une incision de la peau d'abord, puis d'un seul coup des parties profondes. Le pus s'échappa à flots de la cavité ainsi ouverte, de bon aspect, sans odeur. Le doigt introduit constate que le foyer purulent est considérable ; il se

prolonge en haut et en arrière; l'index enfoncé tout entier ne peut en atteindre les limites.

Pour faciliter l'écoulement ultérieur du pus et les lavages, je fais la résection d'un fragment de la 5e côte. A ce moment se produit un bruit de sifflement indiquant que la cavité pleurale a été ouverte ; ce bruit se fait entendre à chaque mouvement respiratoire. On apercoit, en effet, dans la plaie le bord du diaphragme flottant à la surface du foie. Je me hâte de fermer cette ouverture en réunissant par trois points de suture à la soie le diaphragme incisé à la partie musculaire de la lèvre supérieure de la plaie. Le bruit de sifflement cesse aussitôt de se faire entendre.

En examinant alors l'état des choses, on aperçoit au fond de la plaie le foie avec sa plaie transversale, libre de toute adhérence, monter et descendre à chaque mouvement respiratoire.

Lavage exact et prolongé de la poche avec une solution chaude de sublimé à 1/2,000, puis avec de l'eau stérilisée. Il faut faire passer dans la cavité plusieurs litres de liquide avant qu'il ressorte clair.

Quatre drains en flûte de Pan sont enfoncés dans le foyer. La plaie des parties molles est réduite par quelques points de suture. Pansement à la gaze iodoformée et à la ouate stérilisée [1].

Les suites de l'opération parurent tout d'abord devoir être favorables. Un incident cependant, qui se produisit dès le lendemain, nous troubla. Le malade rendit en toussant un quart du crachoir de pus bien lié ; il en fut de même les deux jours suivants. Cette circonstance pouvait faire supposer ou que l'abcès ouvert communiquait avec les bronches, ou qu'un second abcès s'était ouvert dans le poumon. L'auscultation faite le jour même, et renouvelée quelques jours plus tard par le Dr Brissaud, ne révéla cependant aucune lésion pulmonaire appréciable.

Du côté de la plaie, tout se passait bien ; la suppuration était peu abondante. Elle fut bientôt remplacée par l'écoulement d'un liquide glaireux fortement teinté par la bile.

La température, tombée à la normale le lendemain de l'opération, oscille entre 37 et 38° pendant les cinq jours suivants. Elle s'élève de nouveau le sixième jour et monte à 39°, pour se maintenir à ce degré, sans que rien dans l'état local puisse expliquer cette ascension.

[1] Le pus de cet abcès recueilli dans des pipettes stérilisées et examiné par M. Létienne, interne du service de M. Hanot, ne présentait au microscope aucun des micro-organismes de la suppuration. Les ensemencements sont demeurés absolument stériles. Ce fait vient donc à l'appui de ceux observés par Kartulis, Laveran, Netter et notre collègue M. Peyrot, qui établissent que certains abcès du foie ne contiennent aucun microbe pathogène.

C'est surtout l'état général du malade qui reste mauvais. La diarrhée persiste malgré tous les efforts faits pour l'arrêter. L'appétit est nul, l'alimentation plus qu'insuffisante. L'amaigrissement fait de jour en jour des progrès, au point que le malade prend un aspect squelettique. Le 12 novembre il tombe dans une sorte de coma avec subdélirium tranquille. Le 15 novembre, cinq semaines après l'opération, il meurt épuisé.

L'autopsie donne la raison de cet échec. Le foie, resté très volumineux, descendait à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes; il pesait 3 kilogrammes et demi. La cavité de l'abcès opéré, très réduite en dimensions, présente une surface granuleuse, recouverte d'un enduit glaireux, jaunâtre. Mais deux autres abcès furent découverts : l'un au bord convexe du foie, gros comme une orange; l'autre, moins volumineux, à la face inférieure, près du bord libre.

La surface du foie est lisse, non adhérente, de couleur jaune clair. A la coupe, pas d'infarctus, aspect du foie gras tuberculeux.

La rate est très grosse. Les autres organes abdominaux sont sains, à l'exception du gros intestin, qui présente, surtout à son extrémité sur le rectum, des ulcérations, les unes cicatrisées, les autres en voie d'évolution, de la dimension d'une lentille. Poumons sains. Cœur petit, sans lésions valvulaires.

Je ferai tout d'abord remarquer que l'abcès opéré, revenu sur lui-même, était en voie de cicatrisation, malgré le mauvais état général du malade, et bien qu'on se fût contenté d'en laver la cavité, sans autre intervention.

La mort dans ce cas doit donc être avant tout attribuée à l'état du foie dégénéré dans toute son étendue, et présentant de plus deux collections purulentes qui n'avaient pu être atteintes et vidées. La diarrhée persistante et le défaut d'alimentation ont contribué aussi pour une grande part à hâter l'issue fatale. Mais peut-être, suivant la remarque du Dr Demmler [1], la diarrhée dans les cas de ce genre est-elle entretenue par le mauvais état du foie.

Les faits semblables à celui que je viens de rapporter ne sont pas absolument rares. Dans un intéressant travail publié l'an dernier dans la *Revue de chirurgie*, par M. le Dr Bertrand [2], je relève huit décès à la suite de l'ouverture large d'abcès du foie. Or, cinq fois, l'examen *post mortem* permit de constater la présence d'abcès indépendants de celui qui avait été ouvert; et deux

[1] A. Demmler, Des indications de la méthode de Little, au point de vue des succès opératoires, etc. (*Progrès médical*, 2 mai 1891, n° 18, p. 361).

[2] L.-E. Bertrand, Relevé statistique des abcès du foie opérés par la méthode de Stromeyer-Little dans les hôpitaux de la marine à Toulon, de 1882 à 1889 (*Revue de chirurgie*, 1890, t. X, p. 621).

fois, l'autopsie n'ayant pu être faite, les signes observés sur le vivant autorisaient à en soupçonner l'existence. Presque toujours aussi un mauvais état général, et particulièrement une diarrhée persistante, pouvaient être mis en cause pour expliquer la mort.

Ces échecs, pas plus que celui que j'ai observé, ne sont donc de nature à compromettre le bon renom de la méthode de Stromeyer-Little pour le traitement des abcès du foie. Presque jamais la mort ne paraît devoir être rapportée à l'opération elle-même, à la péritonite, qui pourrait si facilement, semble-t-il, en être la conséquence.

Si l'intervention n'amène pas la guérison, c'est qu'elle a été trop tardive, faite sur des malades épuisés par une affection déjà de longue durée et par une diarrhée incoercible, ou bien souvent, comme on l'a vu, parce qu'à côté de l'abcès opéré existent d'autres collections qui échappent au chirurgien.

Cette conclusion est, à peu de chose près, celle à laquelle arrive notre collègue, le Dr Zancarol, qui, en terminant la revue des cinquante cas d'abcès du foie opérés par lui par incision large, dans l'espace de deux ans, dit que « si, après une bonne évacuation de la cavité, la température reste élevée, si la diarrhée survient, c'est, dans la plupart des cas, que d'autres abcès existent dans le foie, et le pronostic est alors mauvais ».

On serait donc autorisé, en pareil cas, à rechercher à l'aide du trocart explorateur ces foyers supplémentaires. Le fait que j'ai rapporté montre que leur découverte peut être parfois difficile. Chez mon malade, mes trois premières ponctions avaient été faites au voisinage de l'abcès qui existait à la face inférieure du foie, sans y pénétrer; et celui qui occupait le bord convexe de l'organe était absolument inaccessible.

Je n'insiste pas autrement sur le manuel opératoire. Celui qui a été adopté par les auteurs de la méthode et que j'ai suivi me paraît excellent ; il permet un libre et large écoulement du pus, condition à la fois nécessaire et suffisante pour assurer, en dehors des conditions défavorables que j'ai dites, une bonne et prompte guérison.

Suite de la discussion sur l'anesthésie par la cocaïne.

M. Félizet. La très intéressante observation de M. Paul Berger, relative à un cas de mort par la cocaïne, aura eu pour effet de nous montrer l'inexactitude et l'obscurité du terme de *doses maniables*, appliqué à la pratique des injections sous-cutanées de cocaïne. Elle aura eu l'avantage de nous amener à réunir les

éléments d'une enquête sur ce sujet, car je ne veux pas croire que la discussion ait été terminée au cours de la dernière séance.

Pour moi, en entendant mes collègues parler des accidents et des alertes qu'ils ont essuyés avec des doses de cocaïne au 1/100e, au 2/100e et même au 3/100e, je me suis senti pris d'une sorte d'effroi rétrospectif, car j'ai fait usage, jusqu'ici, dans mon service de chirurgie infantile, de la solution au 20e et au 40e, sans avoir constaté le moindre incident.

Il s'agissait d'enfants, et à ce titre il sera peut-être intéressant, pour l'enquête qui va se faire, de voir si les enfants, qui sont si sensibles à l'action de certains alcaloïdes tels que la morphine, l'atropine, la caféine, présenteraient une résistance et presque une immunité à la cocaïne, qui éprouve si énergiquement les adultes avec des doses minimes.

Je ne me sers pas beaucoup de la cocaïne : la grande facilité et l'innocuité de l'anesthésie par le chloroforme, chez les enfants, me permet d'user largement de ce médicament, soit pour de petites opérations, soit même pour de simples examens diagnostiques.

Mais j'ai employé plus de cinquante fois la cocaïne entre l'âge de quatre ans et l'âge de quinze ans. Je m'en suis servi pour opérer des hydrocèles, des kystes du cordon, des fissures anales avec polype du rectum, des grenouillettes, des angiomes de la tête, des lèvres, du cou et de la face. Jamais je n'ai constaté la pâleur, l'angoisse, l'agitation, ni aucun des symptômes dont on nous a fait un saisissant tableau.

S'il ne s'était agi que d'injections suivies de très près de l'incision, on pourrait croire que le sang, en se répandant, emportait la solution et l'empêchait de pénétrer dans l'organisme.

Mais je me suis servi aussi bien de la solution de cocaïne au 20e pour les angiomes, que je traite parfois par les procédés coagulants : liqueur de Piazza, pointes de feu, etc., procédés dans l'application desquels on ne peut invoquer l'élimination de la cocaïne par le sang qui s'écoule.

Les doses de cocaïne employées ont plusieurs fois dépassé 5 centigrammes, chez des enfants âgés de moins de trois ans.

Je puis actuellement croire peut-être, mais je ne suis pas encore autorisé à dire que les injections de cocaïne sont inoffensives chez l'enfant.

Quoique je n'aie essuyé aucun accident, je suis certainement alarmé après coup par ce que nos collègues nous ont dit, et je suis résolu à ne plus me servir que de doses très légères et surtout très diluées.

M. Berger. Je commence par faire deux rectifications: la première a trait à la statistique de M. Richardière; celui-ci, dans la communication qu'il m'a faite, m'avait parlé de onze autopsies; mais ces autopsies n'ont pas été faites par lui; il s'agit de cas d'intoxication mortelle par la cocaïne suivis d'autopsie, et dont il a eu connaissance. Comme M. Richardière compte faire paraître prochainement un travail sur ce sujet, je n'avais pas voulu lui demander à ce sujet de plus amples informations : de là le malentendu.

Je vous ai dit également que jamais à ma connaissance il n'était arrivé dans mon service d'accidents à la suite de l'injection de cocaïne dans la tunique vaginale, jusqu'au cas malheureux qui a fait le sujet de ma communication.

M. Charvot m'a rappelé depuis lors qu'il avait été témoin, il y a quelques années, d'un fait où l'injection de la solution de cocaïne n'ayant pu ressortir par la canule, il survint quelques troubles légers, des vertiges, de l'anxiété, sans qu'il y eut néanmoins de phénomènes alarmants. Un de mes externes, M. Simonot, actuellement médecin militaire, m'a également confirmé ce souvenir. Je répète que dans ce cas l'injection de cocaïne avait été conservée par la tunique vaginale et avait dû être résorbée en totalité. Ceux de mes anciens internes que j'ai pu consulter à ce sujet m'ont du reste confirmé que pendant la durée de leur passage dans mon service ils n'ont jamais vu d'accidents survenir à la suite de l'injection de cocaïne telle qu'on la pratiquait dans mes salles pour le traitement des hydrocèles.

Je reviens à la discussion à laquelle a donné lieu ma communication, et je dois d'abord faire observer que ceux de mes collègues qui ont pris la parole en ont singulièrement étendu les limites.

En vous communiquant un fait qui s'était produit non pas entre mes mains, mais dans mon service, j'avais voulu donner un utile avertissement et prémunir contre un danger jusqu'à présent peu redouté de ceux qui emploient l'injection de cocaïne dans la cure de l'hydrocèle; mais mon intention n'était pas d'aborder la question plus générale de l'anesthésie locale par les injections de cocaïne. Puisque le tour qu'a pris la discussion m'y oblige, voici ce que j'ai à répondre aux observations qui vous ont été présentées.

M. Reclus m'a paru d'une part pousser trop loin les distinctions dans la critique qu'il a faite des cas où l'administration de la cocaïne a déterminé des accidents mortels. Il est certain qu'au point de vue scientifique l'on doit faire un départ entre les faits où la dose de cocaïne injectée a été manifestement excessive et ceux où l'on a eu recours aux doses communément employées et qui ne déterminent généralement pas d'accidents; il faut aussi distinguer les cas où ces injections ont amené des accidents chez des indi-

vidus bien portants de ceux où elles avaient été pratiquées sur des gens atteints d'une affection organique ou d'une altération antérieure de la santé; il faut enfin tenir compte du siège de l'injection, du degré de concentration de la solution et de certains autres facteurs qui varient avec chaque cas particulier.

Mais en se plaçant au point de vue de la pratique, l'on ne saurait innocenter l'usage, même modéré et méthodiquement réglé, de la cocaïne de ces accidents mortels; or, ainsi que l'ont dit plusieurs de nos collègues, la facilité de la technique de ce genre d'anesthésie tend à en rendre l'emploi de plus en plus fréquent et à le faire passer aux mains de tous les médecins et même des dentistes. Dans ces conditions il y aura fatalement des erreurs commises et des accidents nouveaux qui seront bien dus à l'emploi de la cocaïne et dont la méthode elle-même portera la responsabilité si on ne met pas tous les praticiens en garde contre les dangers qu'elle présente même lorsqu'elle est régulièrement appliquée.

M. Reclus, d'autre part, ne me paraît pas avoir distingué suffisamment entre les divers modes d'emploi de la cocaïne dans l'anesthésie locale; c'est ainsi qu'il considère, dans le cas que j'ai rapporté, la mort comme ayant été produite par une dose de 37 centigrammes de cocaïne, comme si cette dose totale avait été absorbée, alors que l'injection évacuée au bout d'une minute était ressortie en totalité et avait entraîné avec elle certainement la plus grande partie du médicament.

En pareille matière il est de toute rigueur de distinguer les faits suivant les catégories que voici :

1° Les cas où il y a eu ingestion de la cocaïne;

2° Ceux où celle-ci a été employée en instillations ou en badigeonnages ;

3° Ceux où elle a été injectée en solution dans des cavités closes (tunique vaginale, vessie, etc.), pour être évacuée au bout d'un certain temps;

4° Enfin les injections interstitielles d'une solution de cocaïne dans les tissus.

Pour ne m'occuper que des deux derniers ordres de faits, il est certain qu'on ne saurait les assimiler non plus que les doses du médicament qui dans l'un et l'autre ont produit les accidents; quand on injecte une solution de cocaïne dans les tissus, la totalité ou la presque totalité du médicament peut être considérée comme devant être absorbée. Au contraire, le séjour d'une solution dans la tunique vaginale, pendant un temps très court, ne peut s'accompagner que de l'absorption d'une partie variable peut-être, mais assurément minime, du produit chimique dissous. Si j'ai recours de nouveau à l'injection de cocaïne dans la tunique vaginale, je me

propose de faire doser la quantité de cocaïne renfermée dans le liquide que j'extrairai de la vaginale afin de fixer la proportion de ce médicament qui aura été absorbée ; mais jusqu'à présent nous ne possédons rien de précis sur ce point.

Quelle dose de cocaïne est-il donc prudent d'injecter dans la vaginale ? Vous avez entendu de nos collègues qui en injectaient jusqu'à 1 gramme; dans un fait qui lui a été communiqué et qu'il m'a transmis, M. Reclus rapporte qu'un médecin a laissé séjourner trois minutes dans la vaginale 1 gramme de cocaïne dissous dans 30 grammes d'eau, et cela sans accidents. Ces cas négatifs, au point de vue des accidents, ne prouvent rien; mais quelle dose alors faut-il considérer comme permise ? Faudra-t-il, comme le conseillait sagement M. Quénu, n'injecter jamais dans une cavité close que la dose de cocaïne qui ne pourrait donner d'accidents même si elle était totalement absorbée ?

Ce serait fort bien si cette dose pouvait être fixée, mais n'avons-nous pas entendu, au cours même de cette discussion, quelques-uns de nos collègues nous citer des intoxications produites par des doses de 10 centigrammes, de 7 et demi, de 5, de 3 centigrammes, de 1 centigramme même, comme dans le cas que vous a rapporté M. Reynier. Ces accidents n'ont pas été mortels, mais ils eussent pu l'être, car je mets au défi de prévoir, quand les premiers phénomènes de l'intoxication apparaissent, si l'on aura affaire à une intoxication légère, à une intoxication grave ou à une intoxication mortelle. Il n'y a donc pas de *dose maniable* pour la cocaïne employée en injections interstitielles, si par dose maniable on entend celle avec laquelle on est sûr, absolument sûr, de ne pas avoir d'accidents. Il faut donc reconnaître qu'avec l'anesthésie locale par la cocaïne, comme dans l'anesthésie chloroformique, le danger existe toujours du moment que l'on emploie les doses efficaces; ce danger est restreint; les accidents, lorsque l'agent thérapeutique est employé prudemment et à des doses faibles, peuvent être évités presque avec certitude, comme nous sommes sûrs aussi de ne faire courir à nos malades qu'un risque tout à fait minime lorsque nous leur administrons le chloroforme comme on doit, comme nous savons le faire ; mais le danger existe pourtant et personne ne peut affirmer qu'en injectant une dose de cocaïne suffisante pour produire l'anesthésie locale il n'aura pas, il ne peut avoir d'accident.

Je suis loin néanmoins de prétendre qu'il faille renoncer à l'emploi de la cocaïne en injections dans l'anesthésie locale, mais je pense qu'il faut l'employer avec une grande réserve, considérer que l'injection interstitielle de cocaïne est toujours un acte sérieux et qu'il y a lieu de recueillir et d'analyser avec la plus grande

rigueur les cas d'intoxication, afin de déterminer, s'il est possible, les conditions dans lesquelles ce moyen thérapeutique peut être mis à profit sans danger.

M. Tillaux. J'ai fait un grand nombre d'injections de cocaïne, interstitielles ou dans la tunique vaginale. Pendant plusieurs années, j'ai traité des hydrocèles avec un gramme de cocaïne, que je laissais pendant cinq minutes. Je n'ai pas observé d'accidents mortels, j'ai eu seulement une alerte sans gravité; mais j'avoue que, moi aussi, je suis pris d'une terreur rétrospective en écoutant ce qu'on dit aujourd'hui; et j'estime que la cocaïne est un agent infidèle, dangereux, tant son action diffère d'un sujet à l'autre.

M. Berger nous dit qu'après une injection interstitielle, il attend quelques minutes avant de faire l'incision. J'ai l'habitude, au contraire, d'inciser la peau immédiatement, l'anesthésie est déjà produite, et le liquide injecté s'élimine ainsi très vite. Je crois aussi qu'il ne faut pas opérer les malades debout ou assis, ni leur permettre de se lever et de retourner chez eux au bout d'un quart d'heure.

Je dirai un mot sur le cas de M. Berger, où le liquide injecté n'a pas voulu ressortir. Cela arrive quelquefois, j'en ai trois cas pour ma part, et en voici, selon moi, la raison anatomique : le liquide pénètre dans un diverticule formé par une disposition particulière du méso-testis.

M. Reclus. Il y a un premier point, dans l'argumentation de M. Berger, qu'il m'est impossible d'admettre, c'est qu'il veut retenir et mettre en ligne de compte les cas où on a employé des doses énormes de cocaïne. Nous ne sommes vraiment pas responsables de ces cas-là; je ne me sens responsable devant l'opinion que de mes actes et des conseils que je donne. Or, j'ai écrit depuis longtemps qu'il ne fallait pas dépasser certaines doses.

Le fond de la discussion est celui-ci : existe-t-il une « dose maniable »? J'ai divisé en plusieurs catagories les cas de mort signalés, et finalement je n'en ai trouvé que deux où la dose employée ait été inférieure à 10 centigrammes; encore ai-je dû faire des réserves à leur sujet. Si donc, à partir d'aujourd'hui, on ne signale plus d'autres morts avec pareille dose, nous ne serons pas loin d'avoir déterminé la dose maniable. Quant aux petites alertes sans gravité, nous pouvons les laisser de côté.

J'insisterai encore sur deux points. Ce n'est pas seulement la dose qu'il faut considérer, c'est aussi le titre de la solution. Il y a eu nombre d'accidents légers avec des doses faibles, mais la solu-

tion était de 5 ou même 10 0/0. Or, je n'oserais pas me servir d'une dose massive de 10 centigrammes dans une seule seringue de Pravaz.

Enfin, M. Berger nous a dit : l'injection est aussi dangereuse dans la vaginale que dans le tissu cellulaire. Pour moi, c'est le contraire qui est vrai ; rien n'est dangereux comme la vaginale, saine et sans altérations pathologiques, à cause de la rapidité extrême d'absorption que tous les physiologistes signalent à la surface des séreuses. A son tour, le tissu cellulaire est plus dangereux que la peau ; or, beaucoup de chirurgiens injectent le tissu cellulaire. Il y a là une erreur de pratique, j'ai recommandé d'injecter toujours la peau. Ainsi, la dose est importante, mais le titre de la solution et le siège précis de l'injection ne le sont pas moins.

M. Tillaux vient de nous dire qu'il incise immédiatement après l'injection ; c'est ma pratique depuis 1887. Quand la peau blanchit tout de suite sur le trajet de l'aiguille, l'anesthésie est faite, on peut agir.

M. Berger pense qu'en descendant aux très faibles doses on arrivera à ne pas obtenir l'anesthésie. C'est encore une erreur contre laquelle je m'élève : avec des doses infiniment petites, je fais de grandes opérations, des incisions de 16 centimètres. Avec 4 centigrammes, j'ai ouvert un kyste hydatique du foie, pénétré dans le parenchyme hépatique, suturé la plaie. Beaucoup de chirurgiens ne savent pas conduire l'aiguille : ils injectent sur place, ils font deux ou trois petites boules dans l'épaisseur de la peau. Moi, je me sers de longues aiguilles, et j'obtiens une longue traînée avec très peu de liquide. Il me faut à peine 2 centigrammes pour un anus iliaque ou une gastrostomie. En résumé, si on fait tant d'objections à la cocaïne, c'est en grande partie qu'on ne sait pas s'en servir.

Si on craint encore des accidents avec les doses très minimes, alors il faut interdire l'usage d'une goutte de solution de morphine au centième ; car il y a eu des cas de mort dans ces conditions. Si nous cherchons une sécurité parfaite, absolue, alors il faut renoncer à tous les alcaloïdes.

La sagesse dont M. Pozzi me félicitait dans la dernière séance, c'est la pratique des autres qui me l'inspire ; car dans ma pratique personnelle, il n'est jamais rien survenu qui puisse me donner des craintes sérieuses. Aussi serais-je désolé si ce merveilleux médicament, d'un usage si commode, exempt des ennuis que donne le chloroforme : lenteur de l'anesthésie, vomissements, etc., risquait d'être dépossédé de la faveur qu'il mérite.

M. Berger. Je ne puis admettre l'assimilation que fait M. Reclus entre les accidents éloignés du chloroforme et ceux de la cocaïne. Quand le premier laisse après lui des troubles : vomissements, albuminurie légère, etc., il est déjà éliminé, et tous les symptômes doivent cesser bientôt; la cocaïne, au contraire, est entrée dans l'organisme, elle y reste et continue d'agir.

Sur tous les autres points, M. Reclus m'eût sans doute convaincu il y a un mois; aujourd'hui, non.

M. Pozzi. Ce qui constitue le danger de la cocaïne, c'est la différence de réceptivité des malades. Je l'ai employée souvent depuis 1886, à la suite d'un voyage à Vienne où j'avais vu Wölfler s'en servir couramment. Dès le début, j'ai adopté 5 centigrammes comme la dose qu'il ne fallait pas dépasser; aussi ai-je été fort étonné à l'époque où M. Reclus permettait 20 centigrammes, et me suis-je élevé alors contre ce chiffre; et je le fais encore aujourd'hui, non seulement parce que la dose de 20 centigrammes est trop forte, mais parce que celle de 5 centigrammes peut elle-même être dangereuse. Roux, de Lausanne, a eu des accidents avec 5 centigrammes.

Un jour, un de mes amis me demanda de lui faire une injection de cocaïne dans la gencive; sur mon refus, il se la fit faire par un dentiste, qui n'injecta pas plus de 2 centigrammes et demi. Il y eut une syncope et une alerte fort inquiétante.

Je me suis fait opérer avec la cocaïne, je ne suis donc pas plus son ennemi que M. Reclus lui-même; mais je conseille la plus extrême prudence, parce que nous ne connaissons pas d'avance l'idiosyncrasie de nos malades.

M. Reclus. Si je reprends la parole, c'est pour couper court à une légende qui tend à s'établir. Je tiens à redire qu'à l'époque où je donnais 20 centigrammes comme la plus forte dose, je lisais dans les auteurs qu'on pouvait employer non pas 5 centigrammes, mais 1 gramme. On trouve encore, dans une thèse récente, les doses de 1 gramme et de 50 centigrammes. Pour mon compte, je n'ai jamais dépassé 20 centigrammes.

J'insiste encore sur un élément très important : le titre de la solution.

M. Pozzi s'est fait opérer avec la cocaïne; moi aussi, pour un tubercule anatomique. Je n'ai senti qu'une légère ébriété.

M. Reynier. La cocaïne, injectée dans l'épaisseur du derme, produit très bien l'anesthésie de la peau, mais de la peau seulement. Après l'incision, le malade n'a pas de grandes douleurs,

parce que les parties profondes sont moins sensibles ; néanmoins il se plaint, il n'est pas anesthésié comme il le serait avec le chloroforme.

Lecture.

M. Galezowski lit un travail intitulé : *Sur les affections des voies lacrymales dans l'ophtalmie granuleuse.* (Commissaires, MM. Tillaux, Berger et Delens, rapporteur.)

Présentation de malades.

1° *Suture de la rotule.*

M. Monod presente deux malades auxquels il a pratiqué la suture de la rotule.

I. — Le premier est un homme de 42 ans. Fracture de la rotule gauche, survenue le 7 octobre 1891, transversale, fragments à peu près égaux. Écartement de deux bons travers de doigt.

La suture n'a été pratiquée que vingt jours après l'accident, parce qu'on voulait tout d'abord essayer le rapprochement simple des fragments.

Le 27 octobre. Ouverture de l'articulation, suture à l'aide de deux gros fils d'argent, traversant les fragments de part en part, perpendiculairement à leurs faces, pénétrant par conséquent en arrière dans la cavité articulaire. La coaptation est parfaite.

Deux petits drains pénètrent dans l'articulation. Pansement antiseptique. Gouttière; forte élévation du membre.

Le 4 novembre (huit jours après l'opération). Le membre est sorti de la gouttière. Pas de pansement. La température est restée normale.

Le 11 novembre (quinzième jour). Premier pansement. Suppression des fils et des drains.

Le 13 novembre (dix-septième jour). Le malade se lève et marche avec des béquilles.

Le 20 novembre. Il demande à quitter l'hôpital, malgré nos efforts pour le garder plus longtemps en surveillance.

Revu un mois plus tard, il marche sans canne ni béquilles.

Actuellement (30 décembre), la consolidation paraît absolue, il est impossible de percevoir le moindre intervalle entre les fragments, ni aucune trace de mobilité transversale. Le malade porte avec aisance le membre en avant, sans fléchir le genou, et la pointe du pied relevée.

Le genou peut être fléchi à angle droit, mais pas au delà, le malade ne pourrait s'accroupir. Il serait, du reste, imprudent de l'engager à prendre cette position. Légère diminution de volume du triceps.

II. — Le second malade est un homme de 56 ans qui s'est déjà fracturé la rotule en mai 1889. Il aurait à cette époque été traité par la suture, mais probablement à l'aide de fils de catgut. Nouvelle fracture du même os, le 12 octobre 1891. Ouverture de l'articulation et suture le 20 octobre, huit jours après l'accident.

Même technique que pour le précédent, et mêmes délais pour la suppression de la gouttière et pour le premier pansement.

Lors du premier pansement, on constate un sphacèle limité du bord du lambeau, sans aucun retentissement du côté de l'articulation. Cet incident retarde la guérison définitive, mais ne compromet aucunement le résultat opératoire. Le malade, qui, dès le quinzième jour, peut soulever le membre, en détachant franchement le talon du lit, ne se lève que le vingt-cinquième jour. Il peut alors marcher en s'aidant à peine de ses béquilles.

Actuellement (30 décembre), l'état fonctionnel du membre est le même que chez le malade précédent. L'articulation du genou paraît avoir encore plus de souplesse, ce qui peut tenir à ce que celui-ci a été opéré huit et non vingt jours après son accident. Par contre, la diminution de volume du triceps est plus prononcée chez lui que chez l'autre. La rotule paraît solide; cependant en examinant de très près les deux fragments, il semble que l'on perçoive un léger degré de mobilité entre eux.

Discussion.

M. Reclus. Lorsque j'ai présenté dernièrement un malade auquel j'avais suturé la rotule, on m'a fait l'objection qu'il était seulement au vingt-neuvième jour et que la guérison n'était pas assurée. Or, je puis ajouter maintenant que, trois jours après, il reprenait son métier, dur et fatigant, et qu'aujourd'hui il est très bien portant.

2° *Gastrostomie en deux temps.*

M. Monod présente un malade âgé de 50 ans, atteint de cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage, non cachectique, s'alimentant encore suffisamment à l'aide d'une nourriture liquide (lait, œufs, potages et vin), auquel il a pratiqué la fixation de l'estomac à la paroi abdominale, remettant à plus tard, alors que l'alimentation deviendra insuffisante, l'ouverture de la cavité stomacale.

Les pesées, faites régulièrement, ont démontré que le malade, qui avait mangé dès le lendemain qui a suivi l'opération, n'a cessé depuis lors d'augmenter de poids, de sorte que celui-ci est revenu au taux qu'il présentait avant l'intervention et tend à s'y maintenir.

Dans ces conditions, M. Monod croit qu'il y a avantage à différer encore l'établissemeut de la fistule stomacale, dont il évite ainsi à son malade les ennuis, se tenant prêt à la pratiquer dès que la nécessité s'en fera sentir.

M. Monod a appris que M. Poncet (de Lyon) suit une pratique semblable et qu'il a même déjà fait exposer ses idées à ce sujet dans une thèse soutenue devant la Faculté de Lyon par un de ses élèves, M. le Dr Tillier[1]. Dans un cas, il a fait ainsi une gastropexie préventive, suivie cinq semaines après de l'ouverture de l'estomac.

Discussion.

M. Reynier. Pourquoi M. Monod fait-il deux opérations à une distance plus ou moins longue ? Je ne vois pas d'avantage à donner au malade deux ennuis au lieu d'un.

M. Monod. Il n'y a pas, à proprement parler, deux opérations; la seconde est une simple ponction. Dans l'intervalle, mon malade se nourrit suffisammment par la bouche et n'a pas l'ennui d'une fistule stomacale.

M. Reynier. Il faut toujours en arriver à la fistule, après la seconde intervention. En attendant, le malade assiste à son dépérissement.

3° *Laparotomie pour péritonite suraiguë.*

M. Jalaguier présente une malade dont voici l'observation :

Péritonite purulente consécutive à une rupture traumatique du cæcum. Laparotomie médiane; lavage du péritoine. Guérison.

Il s'agit d'une vigoureuse jeune fille de 12 ans, qui, le 19 août dernier, glissant sur un trottoir, eut la région cæcale heurtée violemment par l'un des angles d'une planche d'étalage. La douleur fut très vive et l'enfant s'évanouit. Rapportée chez ses parents, les douleurs se généralisèrent à tout l'abdomen ; en même temps, apparurent des vomissements qui, d'abord alimentaires, prirent bientôt l'aspect porracé. Un médecin prescrivit des cataplasmes, puis l'application d'un large vésicatoire sur la région cæcale, et fit absorber divers remèdes, en particulier une potion laudanisée. Malgré ce traitement, les accidents persistèrent en s'aggravant pendant cinq jours.

Le 24 août, dans la journée, l'enfant fut apportée à l'hôpital Trousseau et placée, par erreur, dans un service de médecine. Le 25, à l'heure de la visite, mon collègue et ami Hipp. Martin me pria de l'examiner. L'abdomen, tout entier, était météorisé et la pression très

[1] Tillier, De la gastrotomie en deux temps (*Thèse de Lyon*, 1891).

douloureuse surtout dans la région sous-ombilicale. Submatité très vague, au-dessus des arcades crurales. Légère dilatation des veines sous-cutanées abdominales. Pas d'œdème de la paroi. Depuis l'entrée à l'hôpital les vomissements avaient persisté ; il en était de même de la diarrhée, qui durait depuis le deuxième jour après l'accident.

Facies grippé. Langue un peu sèche. Pouls petit et rapide avec quelques irrégularités. La température, qui, la veille, atteignait presque 39°, n'était plus que de 37°,5.

Il s'agissait évidemment d'une péritonite par perforation, et le pronostic d'une intervention chirurgicale était bien peu favorable en raison de l'altération de l'état général. Je me décidai cependant à pratiquer la laparotomie, mais je perdis encore plusieurs heures à attendre le consentement des parents de l'enfant.

L'opération ne put être faite que dans l'après-midi, à cinq heures.

Après chloroformisation très prudente, incision de sept à huit centimètres sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic. Grande difficulté à reconnaître le péritoine pariétal qui était adhérent à l'épiploon enflammé, adhérent lui-même aux anses intestinales. Après avoir décollé de haut en bas l'épiploon jusqu'à deux travers de doigt du pubis, je pénétrai dans une vaste cavité de laquelle s'écoula une grande quantité de pus infect mélangé de gaz et contenant quelques débris fécaux.

Aussitôt, lavage à l'eau bouillie de cette cavité qui comprenait le bassin et les flancs en remontant jusqu'au niveau des reins ; sa paroi supérieure était formée par les anses intestinales agglutinées en paquet et recouvertes par l'épiploon. Le cæcum soulevé était couché transversalement au-dessus du pubis, de telle sorte que son fond avec l'appendice était situé à gauche de la ligne médiane. Le cæcum et l'appendice étaient adhérents aux anses de l'intestin grêle. L'appendice était sain. En relevant le cæcum, je vis des bulles de gaz s'échapper d'une fissure placée sur sa paroi postéro-inférieure et masquée par des exsudats fibrino-purulents concrets. Je ne songeai pas un seul instant à faire là une suture qui eût été très difficile et aurait prolongé beaucoup l'opération. Après un second lavage avec de l'eau boriquée à 4 0/0, puis avec de l'eau stérilisée très chaude (45°), j'établis, avec un sac de gaze salolée, un drainage à la Mickulicz, et par trois points de suture je réunis la partie supérieure de l'incision abdominale. L'opération n'avait pas duré plus de vingt minutes.

L'enfant, qui ne paraissait pas trop affaiblie, fut reportée dans son lit et entourée de boules d'eau chaude. Elle se réveilla promptement. Champagne.

Nuit agitée. Injection d'un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine. Les vomissements ne reparurent plus et l'enfant put uriner seule vers le matin.

Le 26 août à la visite, bon aspect ; température, 38°. Changement des pièces de pansement, souillées par l'écoulement d'une grande quantité de liquide à odeur fécaloïde.

Les jours suivants l'amélioration ne fit que s'accentuer; le thermomètre se maintint entre 38°,4 et 37°,5 jusqu'au 31 août, époque à la-

quelle le sac de gaze salolée fut enlevé et remplacé par deux drains en caoutchouc au moyen desquels on fit, chaque jour, un abondant lavage à l'eau boriquée chaude.

Le quinzième jour le caractère fécaloïde du pus avait disparu.

Le vingtième jour on trouvait le drain sorti de la plaie, et le trentième (24 septembre) la cicatrisation était complète. L'enfant quitta l'hôpital le 10 octobre.

Le 3 novembre toute induration de la région cæcale avait disparu ; l'appétit était excellent et les fonctions du gros intestin parfaitement régulières.

Aujourd'hui (30 décembre), plus de quatre mois après mon intervention, vous pouvez constater que l'état de l'enfant est des plus florissants.

J'ai cru devoir vous présenter cette observation parce que ce n'est pas chose commune qu'une laparotomie heureuse dans les cas de péritonite généralisée consécutive à une perforation de l'intestin, et surtout à une rupture traumatique. Je suis convaincu qu'il faut attribuer le succès à ce que l'opération a été rendue très courte par ce fait que je me suis abstenu de toute tentative pour attirer le cæcum au dehors et pour suturer la perforation.

Discussion.

M. Reynier. J'ai eu un cas analogue, mais plus simple : il s'agissait d'une pérityphlite. Je n'ai pas pu suturer l'intestin ; j'ai fait le tamponnement de Mickulicz, et mon malade a guéri.

M. Pozzi. Je ne crois pas que la suture, en pareil cas, soit nécessaire à la guérison. Quand j'ai affaire à un abcès pelvien, à un pyo-salpinx ouvert dans le rectum, j'enlève la poche purulente et je fais le tamponnement de Mickulicz sans m'occuper de l'ouverture intestinale. La suture peut être une cause d'infection ; il vaut mieux provoquer des adhérences protectrices.

4° *Laparotomie pour contusion de l'abdomen.*

M. Michaux présente un homme ayant été atteint de contusion de l'abdomen, opéré par la laparotomie quinze heures après l'accident, chez lequel il a pratiqué avec succès la suture d'une perforation du gros intestin et l'évacuation d'un litre et demi de sang.

5° *Méthode sclérogène.*

M. Charvot présente un malade dont voici l'observation :

Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou droit. Deux injections de chlorure de zinc au 1/10e. Amélioration considérable ; le genou reprend ses fonctions.

V..., deuxième soldat au 155e régiment d'infanterie, incorporé en novembre 1889. Constitution très faible.

Au bout de cinq mois de service (avril 1890), il entre à l'hôpital militaire de Bar-le-Duc, pour une arthrite des deux genoux qui devait être de nature tuberculeuse, car, deux jours après, on découvrait une pleurésie.

A partir de ce moment, V... ne fait plus de service, tout son temps se passe dans les hôpitaux ou en congé de convalescence.

La poussée tuberculeuse quitte le genou gauche, mais s'installe sur le genou droit, qui présente l'évolution habituelle de la tumeur blanche. Elle effleure l'articulation phalango-phalangienne de l'index droit, dont les extrémités articulaires restent encore gonflées.

Il entre à l'hôpital Saint-Martin, le 14 mars 1891, pour arthrite du genou et bronchite chronique. Je constate les signes classiques d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou droit. Compression ouatée et immobilisation.

M. le médecin principal Demmler reprend le service au mois de mai et, pendant trois mois, fait environ 10 injections d'éther iodoformé sans obtenir une amélioration notable.

Le 4 septembre 1891, une application de raies de feu assez profondes amène une amélioration légère, malgré laquelle, à la fin de septembre, l'état du genou reste si grave que l'on songe à pratiquer une arthrectomie. Le genou, globuleux, est notablement tuméfié. La synoviale est fongueuse et surtout épaissie vers la face interne du genou. L'articulation est très douloureuse.

Le 26 octobre, M. Demmler pratique 3 injections de 2 gouttes de la solution de chlorure de zinc au 1/10e dans le tissu péri-synovial, 2 au côté interne de la rotule, 1 au côté externe, en tout 6 gouttes.

Le 6 novembre, nouvelle injection de 6 gouttes du caustique.

Peu de réaction locale, ni gonflement ni rougeur de la peau, mais douleur assez vive dans le genou, qui disparaît au bout de vingt-quatre heures. Pas de fièvre.

Amélioration rapide et considérable. En quelques semaines le gonflement fongueux disparaît. La synoviale reprend sa consistance normale et sa souplesse. Les mouvements de flexion commencent à redevenir possibles. Le malade commence à marcher (30 décembre 1891).

M. Reynier. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie une malade atteinte d'artrite fongueuse du genou gauche, que j'ai traitée par les injections de chlorure de zinc au dixième, suivant les préceptes de M. le professeur Lannelongue.

Cette malade était entrée dans mon service au mois de juillet defnier. Depuis six mois son genou était douloureux, augmenté

de volume, et empêchait complètement la marche. A l'entrée à l'hôpital, l'articulation contenait peu de liquide, et des fongosités manifestes. Le diagnostic fut porté d'arthrite fongueuse. En douze séances, espacées les premières de dix à quinze jours de distance, et les autres à intervalles plus éloignés, je lui ai fait 42 injections d'une goutte de solution de chlorure de zinc au dixième, au pourtour de sa synoviale.

Aujourd'hui, comme vous le voyez, cette femme marche sans boiter, sans douleur, en pliant facilement son genou. Le résultat fonctionnel est donc excellent; mais je ferai remarquer qu'il persiste du gonflement de l'articulation, sans chaleur toutefois, et que si les fongosités ont très diminué, elles n'ont pas disparu.

Devant cet état local, je ne regardais pas ma malade comme guérie, et je n'osais pas la faire marcher. C'est dans l'espérance de voir le genou revenir à ses dimensions normales que je continuais à faire des injections, et que je les ai ainsi multipliées. Or, l'autre jour, la vue des malades que nous a présentés M. Lannelongue, qu'il laisse marcher, et qu'il considère comme guéris tout au moins pour le moment, m'a enhardi à laisser marcher cette femme. Les petits malades de M. Lannelongue présentent comme la mienne des résultats fonctionnels excellents; mais leurs articulations ne sont pas revenues *ad integrum.* Elles restent grosses, déformées, et sur quelques-unes on retrouve encore des fongosités et des lésions silencieuses.

J'aurais été heureux d'avoir l'avis de M. Lannelongue sur ce point, et de lui demander si on peut espérer mieux, ou si on doit se contenter du résultat déjà très satisfaisant que j'ai obtenu sur ma malade.

Je ferai encore remarquer que cette malade est rhumatisante en même temps que tuberculeuse. Son arthrite fongueuse appartient à la classe de ces affections hybrides que M. Gosselin désignait sous le nom de tumeur blanche rhumatismale, voulant par là indiquer que la diathèse rhumatismale semblait avoir une action favorable sur ces lésions, et que leur pronostic était moins sombre.

Je fais cette remarque, car le succès que j'ai obtenu dans ce cas n'a pas été suivi d'autres cherchés vainement par la même méthode sur d'autres malades adultes.

Présentation de pièces.

M. Reynier. J'ai l'honneur de présenter à la Société les pièces provenant d'un malade dont j'ai parlé ici il y a quinze jours. Il

s'agissait d'un *anévrysme artério-veineux poplité volumineux*, qui s'étendait du canal du 3ᵉ adducteur jusque dans le creux poplité, et dont j'ai, après incision, fait l'extirpation. Le coup de couteau qui avait déterminé cet anévrisme avait porté sur l'artère et la veine au niveau de l'anneau du 3ᵉ adducteur. J'ai dit dans l'avant-dernière séance, combien la dissection de cet anévrysme avait été longue, laborieuse, difficile.

Après avoir mis la bande d'Esmarck, il me fallut inciser la poche, et l'ayant débarrassée des caillots, introduisant ma sonde cannelée dans les orifices de l'artère et de la veine, je pus faire la ligature des deux vaisseaux au-dessus et au-dessous du sac.

Aujourd'hui, quinze jours après l'opération, je peux rendre compte du malade, qui est guéri sans accident, et sans avoir eu de gangrène des extrémités. Les douleurs intolérables dues à la compression du sciatique poplité interne ont complètement disparu.

Il s'agissait, comme vous pouvez le voir en examinant ces pièces, d'un anévrysme artério-veineux simple. La poche était formée par une dilatation de la veine, communiquant par un orifice avec l'artère accolée à la poche.

M. Pozzi présente l'utérus et les annexes d'une malade à qui il a fait l'hystérectomie vaginale pour une *tuberculose primitive de la muqueuse utérine et des trompes*. Trois curetages avaient été faits antérieurement sans succès. L'examen préalable d'un fragment de muqueuse avait montré des follicules et des bacilles.

Toute la muqueuse utérine est malade, on y trouve des follicules et des bacilles ainsi que dans les trompes épaissies, adhérentes, ne contenant pas de pus. M. Pozzi avait fait l'hystérectomie à l'aide de ligatures, ce qui facilite considérablement l'ablation consécutive des annexes. La malade, opérée depuis dix jours, va bien.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
G. Richelot.

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

Q

R

S

T

V

W

Z

Le Gérant : G. MASSON

Paris. — Soc. d'Imprimerie PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 51.12 91.